Aus der Chirurgischen Klinik des Ferdinand-Sauerbruch-Klinikums
Wuppertal
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Streicher

Zur ärztlichen Aufklärung an einer Chirurgischen Klinik

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
dem Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Eberhard Höfer
aus Zeppenfeld Kr. Siegen

Marburg 1977

Fotodruck Symon und Wagner OHG · 3550 Marburg/Lahn · Biegenstr. 5

Aus der Chirurgischen Klinik des Ferdinand-Sauerbruch-Klinikums
Wuppertal
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Streicher

Zur ärztlichen Aufklärung an einer Chirurgischen Klinik

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
dem Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Eberhard Höfer
aus Zeppenfeld Kr. Siegen

Marburg 1977

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der
Universität Marburg am 16.12.1977

gedruckt mit Genehmigung desFachbereichs

Dekan: Prof. Dr. med. F. Neurath
Referent: Prof. Dr. med. H.-J. Streicher
Correferent: Prof. Dr. phil. J. Siegrist

Inhalt

	Einleitung	1
I.	Theoretischer Teil	1
I.1.	Juristische Grundlagen der ärztlichen Aufklärung	4
I.1.1.1.	Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Basis der ärztlichen Aufklärung	4
I.1.1.2.	Das 'Therapeutische' als Basis ärztlicher Aufklärung	5
I.1.2.1.	Der Arztvertrag	6
I.1.2.2.	Die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff	7
I.1.2.3.	Das Ausmaß der Aufklärung	8
I.1.2.4.	Kritische Situationen ärztlicher Aufklärung	10
I.1.2.5.	Fürsorgepflicht und Aufklärungspflicht	11
I.2.	Die Motivation zur Aufklärung und die Willensfreiheit des Patienten	12
I.2.1.	Einige Bedenken im Hinblick auf die Möglichkeiten ärztlicher Aufklärung	12
I.2.2.	Motivation zur ärztlichen Aufklärung	13
I.2.3.	Willensfreiheit als anthropologisches Postulat	17
I.3.	Gesichtspunkte der Rollentheorie	20
I.3.1.1.	Einführung des rollentheoretischen Ansatzes zum besseren Verständnis des Arzt-Patient-Verhältnisses bei der Aufklärung	20
I.3.1.2.	Die inhaltliche Füllung der Arzt-Patientenrolle	23
I.3.1.3.	Die Kommunikationslücke zwischen Arzt und Patient	24
I.3.1.4.	Die Ergänzungsbedürftigkeit des strukturell-funktionalen Ansatzes der Rollentheorie	27
I.3.2.1.	Einige Grundlagen des symbolischen Interaktionismus	27
I.3.2.2.	Einige Grundlagen der Verständigung	30
I.3.2.3.	Vorteile des interaktionistischen Rollenmodells	31
I.4.	Der Chirurg und sein Patient	32
I.4.1.1.	Der Chirurg	33
I.4.1.2.	Die Operation und ihre Interaktionsform	35
I.4.2.1.	Der Kranke und der Krankheitsbegriff	37
I.4.2.2.	Der Patient in der Klinik	42
I.5.	Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient	47
I.5.1.	Der Kommunikationsbegriff	47

I.5.2.	Die Bedeutung und Deutung des ärztlichen Eingriffs	48
I.5.3.	Kommunikationsaxiome und ärztliches Gespräch	49
I.5.4.	Die kommunikative Funktion der Sprache	52
I.6.	Die ärztliche Aufklärung	56
I.6.1.	Die Basis der Aufklärung	56
I.6.2.	Die pragmatische Zielsetzung der Aufklärung	56
I.6.3.	Die Dimensionen der Aufklärungsfunktion	58
I.6.4.	Kritische Aufklärungssituationen	60
II.	Empirischer Teil Untersuchungen von Tendenzen bei der ärztlichen Aufklärung an einer chirurgischen Klinik	
II.1.	Einleitung	63
II.2.	Voruntersuchung	64
II.2.1.	Orientierende Beobachtungen	64
II.2.2.	Ergebnisse der orientierenden Beobachtungen	65
II.3.	Die Fragebogenuntersuchung	68
II.3.1.	Die Stichprobe	68
II.3.2.1.	Die Entwicklung der Fragebogenmethode	69
II.3.2.2.	Die Bildung von Differenzgruppen und die Quantifizierung der Antworten	70
II.3.2.3.	Inhalt und Konstruktion der Items	72
II.3.2.4.	Aufklärungsfunktionen und Dimensionen	73
II.3.2.5.	Betonung körperlicher Leiden	77
II.3.3.1.	Hypothesen	77
II.3.3.2.	Durchführung	79
II.4.	Datenaufarbeitung und Ergebnisse	80
II.4.1.	Items mit den höchsten Differenzraten	80
II.4.2.	Die Differenzgruppen	83
II.4.3.	Passive und aktive Aufklärungsfunktion	84
II.4.4.	Dimensionen aktiver Aufklärungsfunktion	87
II.4.5.	Dimensionen passiver Aufklärungsfunktion	88
II.4.6.	Gruppen: "Vor Operation" / "Nach Operation"	89
II.4.7.	Gruppen: "Betonung körperlicher Leiden" / "Keine Betonung körperlicher Leiden"	90

II.5. Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse 93

Zusammenfassung I - IX
Anmerkungen 97
Literaturverzeichnis 121
Anhang 138

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552328_0051

ZUR ANGEMESSENEN ÄRZTLICHEN AUFKLÄRUNG AN EINER CHIRURGISCHEN KLINIK

Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Problem einer angemessenen ärztlichen Aufklärung in der chirurgischen Klinik. Dabei soll im Sinne einer pilotstudy orientierend und grundsätzlich erörtert werden, welchen wesentlichen Bedingungen ärztliche Aufklärung unterliegt und wie, darauf aufbauend, Kriterien für eine angemessene ärztliche Aufklärung gefunden werden können.

Die Frage nach angemessener Aufklärung in der Chirurgie impliziert, daß sie im klinischen Alltag ein Problem darstellt. Für die Aufklärung von krebskranken Patienten ist dies in unüberschaubaren Arbeiten immer wieder als evident herausgestellt worden. Daß ärztliche Aufklärung ganz allgemein, also auch bei Patienten mit Krankheiten guter Prognose, unter den Bedingungen einer naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Medizin nicht ohne Probleme ist, soll gezeigt werden.

In den ersten Abschnitten werden kurz die rechtlichen Grundlagen ärztlicher Aufklärung skizziert. Daran anschließend sollen einige Bedenken hinsichtlich ärztlicher Aufklärung dargestellt, die aufgrund der Fürsorgeverpflichtung des Arztes geäußert werden. Daß es zu einer Alternative zwischen Fürsorgeverpflichtung und Selbstbestimmungsrecht des Patienten - letzteres ist die eigentliche Grundlage ärztlicher Aufklärung - kommen kann, liegt sicher nicht zuletzt an den besonderen Bedingungen einer Medizin, die allein naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtet ist. Denn ohne Ergänzung fällt es ihr schwer, ärztliche Aufklärung als integralen Bestandteil therapeutischen Vorgehens zu erkennen.

Am anthropologischen Freiheitspostulat soll gezeigt werden, daß für den Menschen als Person Freiheit unverzichtbares Spezifikum menschlicher Existenz ist, die zwar nicht empirisch nachgewiesen werden kann, aber als eine anthropologische Grundvoraussetzung gefordert werden muß. Die Willensfreiheit einer Person als Grund-

lage des Selbstbestimmungsrechtes ist das Recht zu schützen berufen. In Ermangelung eines eindeutigen empirischen Kriteriums für die Willensfreiheit und damit für die Selbstbestimmungsfähigkeit ist ärztliche Aufklärung zur Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes grundsätzlich zu fordern, um damit auch dem Patienten als Mensch und nicht als Organismus allein gerecht zu werden.

Im weiteren wird nach geeigneten Denkmodellen für das Arzt-Patient-Verhältnis gesucht, um ärztliche Aufklärung einer näheren Untersuchung zuführen zu können. Damit die klinischen Bedingungen des Arzt-Patient-Verhältnisses möglichst adäquat beschrieben werden, wird versucht, den rollentheoretischen Ansatz des symbolischen Interaktionismus auf die Situation des Chirurgen und seines Patienten zu übertragen.

Davon ausgehend, daß ärztliche Aufklärung Bestandteil der Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient ist, werden die Voraussetzungen des sprachlichen Verstehens bei der Aufklärung näher erörtert. Dabei wird gezeigt, daß Arzt und Patient eine Kommunikationseinheit (Dyade) bilden, in der die Partner eng aufeinander bezogen sind. Als wesentlichstes Kriterium angemessener ärztlicher Aufklärung wird die Verständigung zwischen Arzt und Patient zum Sachverhalt der Aufklärung angesehen.

Ärztliche Aufklärung kann als eine Summe von Aufklärungsereignissen verstanden werden, die unterschiedlichen Aufklärungsdimensionen zugeordnet werden können. Die Dimensionen wiederum werden zu einer aktiven und einer passiven Aufklärungsfunktion zusammengefaßt, die ihre Grundlagen im Verhalten des Arztes und des Patienten haben. Durch die Strukturierung der Aufklärung in Funktionen und Dimensionen wird es möglich, Schwächen der Verständigung zwischen Arzt und Patient bei der Aufklärung zu lokalisieren und gegebenenfalls durch Steigerung des Interaktionsaufwandes anzugehen.

Im zweiten Teil dieser Arbeit soll, basierend auf den theoretischen Grundlagen, eine Methode zur Untersuchung der Aufklärungsfunktionen und Dimensionen vorgestellt werden. Mittels Fragebogen

wird eine Stichprobe von 50 Arzt-Patient-Dyaden an einer chirurgischen Klinik - hinsichtlich bestehender Unterschiede und Mißverständnisse bei (in Form von Items) vorgelegten Aufklärungsereignissen zwischen Arzt und Patient - untersucht. Für die Dimensionen der Aufklärung werden die quantifizierten Unterschiede aufgezeigt und der Versuch unternommen, diese zu interpretieren.

Anhand einer solchen Methode, wie sie mit dem Fragebogen vorgestellt werden soll, könnten nach einer weiteren Verfeinerung des Instrumentariums und entsprechender statistischer Absicherung spezielle Aufklärungsstrategien auf ihre Angemessenheit überprüft werden.

I.1. Juristische Grundlagen der ärztlichen Aufklärung

I.1.1.1 Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Basis der ärztlichen Aufklärung

Der Schutz des Individuums und seiner Freiheiten ist der Leitgedanke demokratischer Verfassungstraditionen der in den Grundrechten unseres Staates seinen Niederschlag findet. Dabei stellt die individuelle Freiheit ein anthropologisches Postulat dar, das ständig neu aktualisiert und umgesetzt werden muß.
"Innerhalb ihrer rechtmäßigen Schranken ist die grundrechtlich geschützte Freiheit Freiheit des subjektiven Beliebens" (1), die das Recht des Individuums enthält, selbständig und eigenverantwortlich über seine Auffassungen und sein Verhalten bestimmen zu dürfen (2).

Zur Kennzeichnung einer Dimension des verfassungsrechtlichen Freiheitsbegriffes konstatiert Klein: "Ist Freiheit Möglichkeit der Selbstbestimmung, dann schließt sie in einer weiteren Dimension - als gesellschaftliche oder soziale Freiheit - auch Fremdbestimmung durch Private gänzlich aus. Der moderne Staat ist angetreten in der Absicht, dem Menschen Schutz vor der Unterdrückung vor seinesgleichen zu sichern" (3). Diese Freiheit als Möglichkeit zur Selbstbestimmung basiert auf einem historisch gewachsenen Menschenbild, an dem wir uns in unserer Gesellschaft auch orientieren. Die Nuancierung und Pointierung des Menschenbildes wird bei der Diskussion um die ärztliche Aufklärung die Argumentation wesentlich mitbeeinflussen. Auf diese Hintergründe näher einzugehen, wäre eine gesonderte Untersuchung wert.

Das Recht auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung der Persönlichkeit (4) gilt als die Hauptgrundlage der Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten. Diese Grundrechte entfalten in der von bürgerlichrechtlichen und

strafrechtlichen Bestimmungen normierten Behandlungssituation ihre Wirkung (4 a). Von daher ist es zu verstehen, daß der Arzt zunächst grundsätzlich verpflichtet sein wird, dem Patienten durch Eröffnung der Diagnose und des therapeutischen Vorgehens die Möglichkeit zu geben, sich selbstbestimmend auf die durch die Krankheit gegebene und veränderte Situation einzustellen und gegebenenfalls gegen therapeutische Eingriffe Einspruch zu erheben (5). Nur durch ausreichende und angemessene ärztliche Aufklärung wird die Aussicht auf Selbstbestimmung erreichbar. Dabei soll sich die Angemessenheit sowohl auf den mitzuteilenden Sachverhalt als auch auf die individuellen Bedingungen des Patienten beziehen. Es wird später noch zu zeigen sein, daß nach geltendem Recht der Patient das Ausmaß der ärztlichen Aufklärung entscheidend mitbestimmt.

Bei zunehmender medizinischer Information durch die Massenmedien sowie beim Fortschreiten eines allgemeinen Bewußtseins für Vorsorgeuntersuchungen dürfte der Aufklärungswunsch und der Wunsch nach umfassenderer Information bei den Patienten steigen, wodurch der Arzt in dieser Hinsicht entsprechend mehr gefordert wird (6).

I. 1.1.2. Das 'Therapeutische' als Basis ärztlicher Aufklärung

Gegenüber der Herleitung der Aufklärungsverpflichtung aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten nennt Geilen eine weitere Basis ärztlicher Aufklärung: den therapeutischen Hintergrund. Die Aufklärung soll hierbei hauptsächlich als "Lenkungsmittel" der Therapie verstanden werden. "In dieser Richtung dient die Information vor allem der Vorbereitung oder Unterstützung einer medizinisch notwendigen Behandlung und steht insofern in vollem Einklang mit dem obersten Leitsatz jedes ärztlichen Handelns, dem 'salus aegroti suprema lex'." (7) Daß Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht kollidieren, bleibt Ausnahme und nicht die Regel. In der Regel unterstützt von daher die Aufklärung die ärztliche Therapie und verhilft dem Patienten zur Einsicht bei der Mitarbeit.

Die ärztliche Aufklärungspflicht zur Wahrung des Selbstbe-

stimmungsrechtes des Patienten wird allgemein einmal aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient zivilrechtlich abgeleitet, zum anderen strafrechtlich als Vorbedingung für die Rechtfertigung des ärztlichen Eingriffs durch den Patienten angesehen.

Die Problematik der ärztlichen Aufklärung wird in der medizinisch-juristischen Literatur vorwiegend unter dem Schwerpunkt der 'Wahrheitspflicht' behandelt. (8).

I. 1.2.1. Der Arztvertrag

Die ärztliche Betreuung eines Patienten erfolgt grundsätzlich auf der Grundlage eines Vertrages (9). Dabei handelt es sich in der Regel um einen Dienstvertrag gemäß § 611 BGB, bei dem der eine Vertragspartner (Arzt) dem anderen eine Dienstleistung schuldet (10). Die Pflicht zur Aufklärung ergibt sich in zivilrechtlicher Hinsicht als eine Nebenpflicht des Dienstvertrages (11), wobei auf die vertraglichen Treuepflichten innerhalb dieses Schuldverhältnisses § 242 BGB Anwendung findet.

Rechtliche Konsequenzen hat eine unzureichende oder nicht stattgefundene Aufklärung im Hinblick auf Schadensersatzansprüche des Patienten dann, wenn der Arzt vorsätzlich oder fahrlässig (12) seiner vertraglichen Pflicht nicht nachkommt oder nachgekommen ist (13).

Durch den Behandlungsvertrag hat der Arzt jedoch eine Rechtspflicht zur Aufklärung des Patienten, "und zwar muß der Arzt grundsätzlich von sich aus, also ohne ausdrückliche Fragen des Kranken, über den erhobenen Befund aufklären" (14), um damit dem Patienten auch die Einsicht in die Mitarbeit bei der Therapie zu erschließen (15).

Der Patient als Vertragspartner des Arztes hat das Recht, durch seine Willensäußerung auf die vertragliche Ausgestaltung - vor allem einschränkend - Einfluß zu nehmen

und die hierfür notwendige Information vom Vertragsschuldner, dem Arzt, zu erlangen. Nur wenn beide Partner in den Vertrag einwilligen, wird der Vertrag rechtswirksam (16). "Wie grundsätzlich bei jedem Vertrag, ist dazu die erklärte Willensübereinstimmung zwischen Arzt und Patient erforderlich." (17)

I.1.2.2. Die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff

"Der operierende Arzt greift in den Körper eines anderen Menschen ein, und er stößt dabei auf das Selbstbestimmungsrecht des anderen Menschen, das dieser über seinen eigenen Körper besitzt. Beide Lebensgüter, den Körper und die freie Selbstbestimmung, ist das Recht zu schützen berufen." (18) Der Schutz der allgemeinen gesetzlichen Rechtsgüter, der auch für den menschlichen Körper gilt, wird in § 823 BGB normiert. Im Bereich des Strafrechtes hat § 223 ff StGB die Unversehrtheit des menschlichen Körpers als geschütztes Rechtsgut zum Inhalt.

Daß der gebotene und kunstgerechte ärztliche Eingriff den äußeren Tatbestand der Körperverletzung nach § 223 StGB erfüllt, diese Ansicht hat der Bundesgerichtshof (BGH) vom Reichsgericht (RG) übernommen. Sie wird aber in der Literatur unterschiedlich beurteilt (19). Allgemein gilt dabei, daß durch die wirkliche oder - in Ausnahmen - mutmaßliche Einwilligung der Tatbestand der Körperverletzung gerechtfertigt wird (20), wenn "der Eingriff nach den Regeln ärztlicher Kunst und Wissenschaft zu Heilzwecken geboten" erscheint und auch so durchgeführt wird (21).

Eine wirksame Einwilligung setzt im allgemeinen eine gründliche Aufklärung des Patienten über die Sachlage voraus. Wirksam ist die Einwilligung dann erteilt, "wenn sie von einem im Hinblick auf die konkrete Sachlage einsichts- und urteilsfähigen Verletzten...., ernstlich.....und freiwillig...., namentlich frei von Willensmängeln....und in Kenntnis ihrer Tragweite ...gegeben worden ist." (22) Einwilligung ist also "bewußtes Einverstandensein" und nicht nur

"passives Geschehen" (23).

Eine gewisse Einschränkung des vorher Gesagten ist bei der mutmaßlichen Einwilligung zulässig (z.B. Heileingriff bei verletzten Bewußtlosen), wobei allerdings auch hier der Arzt nur im Sinne und zum Wohle des Gefährdeten handeln darf (24).

I.1.2.3. Das Ausmaß der Aufklärung

Der Umfang der Aufklärungspflicht richtet sich beim operativen Eingriff zunächst danach, "ob die Operation dringlich erforderlich ist oder nicht" (25). Allgemein kann man sagen: Je absoluter die Operationsindikation ist, je weniger Zeit verloren werden darf, desto eher kann auf Aufklärung verzichtet werden; je relativer die Operationsindikation ist, desto mehr muß aufgeklärt werden und das Für und Wider der Therapie abgeklärt werden (26). In diesem grundsätzlichen Rahmen sind Aussagen über das Ausmaß der Aufklärung zu sehen.

Grundsätzlich genügt es, wenn der Patient in groben Zügen weiß, welchen Therapieweg der Arzt einschlagen wird und welche Risiken dabei typisch sind. Ein Abweichen von der wissenschaftlich gängigen Methode muß in jedem Fall angezeigt werden und bedarf besonderer Aufklärungssorgfalt (27).

"Hat der Arzt einen Patienten.....auf ein in seinem Falle bestehendes erhöhtes Operationsrisiko unter Erläuterung im einzelnen hingewiesen, so kann es zulässig sein, ein näheres Eingehen auf die möglichen Zwischenfälle, in denen sich dieses erhöhte Risiko verwirklichen kann, von den entsprechenden Fragen des Patienten abhängig zu machen." (28)

Auf die Möglichkeit einer Operationserweiterung sollte der Patient gegebenenfalls hingewiesen werden. Dennoch ist es möglich, "wenn ein Eingriff mit Einwilligung des Patienten nach Aufklärung über den Primärfall vorgenommen wird", daß es zu einer Operationserweiterung kommt, da es unzumutbar ist, eine gebotene Erweiterung zu unterlassen und diese

nach erlangter Einwilligung in einer erneuten Operationssitzung durchzuführen (29).

Zur Selbstbestimmung und ihrer Inanspruchnahme gehört auch, daß der Arzt bei einem "geduldigen und verständigen Patienten" (30), der ein Fundament medizinischen Wissens besitzt, aber nicht "in übertriebener Art und Weise hofft bzw. Furcht hat" (31), auf ein erweitertes "Aufklärungsbedürfnis" Rücksicht nimmt und darauf eingeht (32). Ebenso besteht bei einem so charakterisierten Patienten die Möglichkeit des freiwilligen Aufklärungsverzichtes. So drückt sich das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung auch darin aus, "daß er dem Arzt seines Vertrauens freie Hand geben darf, vielleicht in dem nicht unvernünftigen Bestreben, sich selbst die Beunruhigung durch Einzelheiten einer Gefahr zu ersparen, nachdem er sich bereits von der Notwendigkeit ihrer Inkaufnahme überzeugt hat. Freilich liegt es im Wesen der Sache, daß an die Feststellung eines besonders weitgehenden Aufklärungsverzichtes strenge Anforderungen zu stellen sind. Dies gilt umsomehr, als es weithin üblich und auch therapeutisch oft sachgemäß ist, daß sich die Aufklärung selbst wie auch die Verständigung über die betreffenden Wünsche des Patienten nicht in festgelegten rechtsgeschäftlichen Formeln, sondern im Rahmen eines verständnisvollen Arztgespräches vollzieht. Aus ähnlichen Erwägungen aber kann es dem Patienten zugemutet werden, daß er seinen Wunsch nach Einzelheiten,die über das Maß der von der Rechtssprechung geforderten Aufklärung 'im großen und ganzen' hinausgehen, gegebenenfalls deutlich macht." (33)

Durch ein Urteil des VI. Zivilsenates des BGH wird die Mitbeteiligung des Patienten am Ausmaß der ärztlichen Aufklärung unterstrichen. Der Grad der erforderlichen Aufklärung über mögliche unerwünschte Folgen eines ärztlichen Eingriffes wird hierbei abhängig gemacht vom Nachfragen des Patienten, der durch entsprechende Intelligenz und Bildungsstand sowie vor allem mit entsprechender Erfahrung aus der Krankenvorgeschichte ausgestattet ist. Es wird einem solchen Patienten zugemutet. durch Fragen selbst auf ein Vervollständigen der Belehrung zu

dringen, wenn sie ihm zu knapp und unvollständig erschienen sei. (34)

I. 1.2.4. Kritische Situationen ärztlicher Aufklärung

Die Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht verschärft sich, wenn der aufzuklärende Patient an einer unheilbaren Krankheit mit infauster Prognose leidet. Die Literatur über das Für und Wider ist inzwischen unüberschaubar angewachsen. Wir beschränken uns hier auf den Kern einiger Gedankengänge, der kurz skizziert werden soll.

Die Grundlage ärztlicher Aufklärung ist auch hier das Selbstbestimmungsrecht und der freie Wille des Patienten. Um davon aber sinnvoll Gebrauch machen zu können, muß der Patient über die Notwendigkeit, die Chancen und Risiken einer Behandlung unterrichtet werden.

Leidet der Patient z.B. an einer Erkrankung, die wahrscheinlich sein Leben beenden wird, bestünde durch die Aufklärungspflicht die Erfordernis, ihn von der Dringlichkeit eines therapeutischen Eingriffs und der Inkaufnahme bestimmter Risiken zu überzeugen, d.h.dem Patienten muß deutlich werden, daß es sich lohnt, auch ein größeres Risiko oder weitreichende Veränderungen seines Körpers auf sich zu nehmen, um dadurch die vielleicht einzige Möglichkeit einer Lebensverlängerung zu ergreifen. So wird der Arzt hierbei kaum umhin kommen, dies mit der Diagnose oder Erklärungen über die Bösartigkeit der Erkrankung zu begründen. (35)

Von ärztlicher Seite aus wird bei radikaler Eröffnung der Diagnose immer wieder der Befürchtung Ausdruck verliehen, daß dies für den Patienten die Eröffnung der Hoffnungslosigkeit bedeute, zumal ihm dadurch jene immanente Grundlage der Hoffnung genommen wird, die Basis seiner Existenz ist (36). Zur Sinnfindung taugen dabei weder Familie noch Beruf und schon gar nicht irgendwelche Ideologien, "die sich angesichts des Todes als sinnlos erweisen und zerbrechen." (37)

Um die Schäden zu vermeiden, die aus einer radikalen Eröffnung der Diagnose resultieren könnten, hat man auf dem 44. Deutschen Juristentag 1962 in Hannover der Aufklärungspflicht des Arztes die entsprechende Einschränkung hinzugesetzt: "Die Einwilligung (die zum Ausschluß strafbarer Eigenmacht des Arztes erforderlicht ist) ist nur wirksam, wenn der Einwilligende über Art, Tragweite und solche möglichen Folgen der Behandlung aufgeklärt worden ist, die für die Entscheidung eines verständigen Menschen ins Gewicht fallen können. Die Aufklärung kann unterbleiben, soweit sie die ernste Gefahr einer erheblichen Beeinträchtigung der Gesundheit oder des seelischen Zustandes begründen würde." (38)

In dieser Grenzproblematik scheinen Aufklärungs- und Fürsorgepflicht zu divergieren, wobei die Akzentuierung zugunsten der Fürsorgepflicht (Lebenserhaltungspflicht) vorgenommen wird. (39)

I.1.2.5. Fürsorgepflicht und Aufklärungspflicht

Sowohl die Fürsorgeverpflichtung als auch die Aufklärungspflicht sind Bestandteil des ärztlichen Behandlungsvertrages. Zusammen mit der Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechtes sind sie Grundlage einer sachgerechten ärztlichen Behandlung, wobei allerdings ihre Zuordnung beachtet werden muß. Geilen klärt von seinem Ansatz aus das Verhältnis von ärztlichem Vorgehen und Einwilligung des Patienten folgendermaßen: "Organe werden nicht deshalb entfernt, weil der Patient es will, sondern weil sie aus medizinischen Gründen entfernt werden müssen; allerdings dürfen sie nur entfernt werden, wenn der Patient es will, d.h. die Einwilligung ist nicht Rechtfertigungsgrund, sondern Rechtfertigungsschranke." (40) "Gegen den klar zum Ausdruck gebrachten Willendes Patienten" darf der Arzt nicht behandelnd vorgehen. (41)

Es gehört zur Fürsorgepflicht des Arztes, daß er den Patienten nicht durch ungenügende Aufklärung oder Beschönigung des Sachverhaltes davon abhält, sich einer adäquaten Therapie zu unterziehen (42).

I.2. Die Motivation zur Aufklärung und die Willensfreiheit des Patienten

I.2.1. Einige Bedenken im Hinblick auf die Möglichkeiten ärztlicher Aufklärung

Wenn der Patient durch Aufklärung die Möglichkeit erhält, auf die ärztliche Tätigkeit beschränkend einzuwirken (43), dann übernimmt er auch in diesem Rahmen für seine Einschränkungen die Verantwortung. Denn Selbstbestimmung hat zwangsläufig auch eine entsprechende Selbstverantwortung zur Folge (44). Deshalb leitet Deneke (45) "die Pflicht zur Aufklärung des Patienten durch den Arzt....aus der Anerkennung des Patienten als einer selbstverantwortlichen Persönlichkeit"ab. Daraus ergibt sich für Deneke dann die Frage: "Wie kann der Patient seine Verantwortung tragen, wenn ihm trotz penibelster Aufklärung die Einsicht in die Zusammenhänge versagt bleibt?" Muß der Patient nicht , wenn er einsichtig genug ist und die Zusammenhänge richtig erkennt, die Ansicht des Arztes teilen? Kann der Patient überhaupt den Inhalt der Aufklärung so verstehen, daß er in der Lage ist, dem Vorgehen des Arztes selbstverantwortlich Schranken zu setzen?

Von ärztlicher Seite wird dem Patienten die Fähigkeit zur Selbstverantwortung hinsichtlich der Beschränkung ärztlichen Vorgehens oft abgesprochen. Die Diagnose sei für den Patienten nie eindeutig verständlich (46), und der Patient sei nicht in der Lage, eine angemessene Beurteilung seiner Krankheit abzugeben (47). Überhaupt würde der Patient durch eine eingehendere Aufklärung über Risiken und Gefahren nur ängstlich und unsicher (48) und könne eventuell davon abgehalten werden, sich einer notwendigen Operation zu unterziehen - bzw. der bereits gefaßte Entschluß würde nur unnötig erschwert (49). Es wird festgestellt, daß der 'juristische Patient', ausgezeichnet durch Verständigkeit und den Willen zur Selbstverantwortung, gar nicht existiert (50). Schließlich gehe es dem Patienten nicht primär um seine Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei der Behandlung,

sondern vielmehr darum, durch den Arzt geheilt zu werden. Deshalb überlasse sich der Patient dem Arzt vertrauend. Weil der Patient eigentlich vorrangig geheilt werden will, darum muß auch der Arzt die ärztliche Heilbehandlung vorrangig vor die Aufklärung einstufen (51). Außerdem ist es die Pflicht des Arztes, Schäden, die durch die Aufklärung besonders bei unheilbar Kranken (mit ungünstiger Prognose) entstehen könnten, zu vermeiden (52).

Die Bedenken gegen die ärztliche Aufklärung, von denen hier einige vorgetragen wurden, trennen die Aufklärung vom ärztlich-therapeutischen Vorgehen, indem sie das ideale, transempirische Ziel der Selbstverantwortung von vornherein als nicht realisierbar erachten und eventuelle Schäden besonders herausstreichen. Aufklärung erscheint so als eine leidige juristische Forderung, die den Arzt letztlich am Eigentlichen, der Therapie, hindert und von daher auf das juristisch zulässige Minimum zu reduzieren ist. In diesen Bedenken äußert sich eine Motivation zur Aufklärung, deren Hintergründe in der Ausrichtung der Medizin zu suchen sind. Dies wird noch zu zeigen sein.

Auch Gesundheit kann als ein ideales, transempirisches Ziel gelten, also als ein Idealzustand, der nie ganz erreichbar sein wird. Dennoch ist die Medizin bestrebt, annäherungsweise einen solchen Zustand zu verwirklichen. Analog wäre für die ärztliche Aufklärung eine angemessene Strategie zu suchen (52 a).

I.2.2. Motivation zur ärztlichen Aufklärung

In seinen kulturanthropologischen Betrachtungen über die Medizin streicht W. Schoene die Sonderstruktur der Medizin vom Charakter einer "Subkultur" heraus (53). Ziel der Medizin sei es, das Leben zu erhalten bzw. das jeweilige "physiologische Funktionsoptimum" für den einzelnen Erkrankten zu erreichen. Dies geschehe "auf der Basis naturwissenschaftlicher Erkenntnis und Methodik", - ausgerichtet an der "positiven Norm der rationalen Zweckmäßig-

keit und der negativen Norm der Neutralisierung alles Affektiven." (54) Innerhalb des so gesteckten Rahmens wird der Arzt in seiner Funktion als Arzt tätig und behandelt den Patienten weniger als Person, als vielmehr im Hinblick auf seinen kranken Organismus, den es nach naturwissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen in sachlich fachkompetenter Weise zu heilen gilt.

R. Mayntz unterstreicht diese Tendenz zur Versachlichung in der Medizin und die Tendenz zur "Segregation" (Beispiel: Trennung zwischen Bekannten und Patienten) in ihren (nicht repräsentativen) Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung (55). Daß dennoch die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte es ablehnte, im Patienten vorwiegend den 'Merkmalsträger' zu sehen, läßt uns schließen, daß diese Ärzte ihre Perspektive dem Patienten gegenüber ständig wechseln: ihn einmal als Organismus, dann wieder als Person betrachten. Die situationstypische Reaktionsweise des Arztes ist also im günstigen Fall ambivalent.

Dennoch scheint für das Zustandekommen der eigentlichen Behandlung das Überwiegen der zweckrationalen-technischen Perspektive Voraussetzung zu sein, da Diagnose und Therapie in der Medizin nach naturwissenschaftlich-technischen Erkenntnissen und Methoden definiert werden (56).

Folgt man der Auffassung von einer naturwissenschaftlichen Medizin, wie sie kurz charakterisiert wurde, wird ersichtlich, daß die Struktur einer solchen Medizin die Tendenz hat, die Aufklärung des Patienten auf ein Minimum zu reduzieren, weil diese ja nicht zur Heilung im naturwissenschaftlich definierten Sinne beizutragen scheint, sondern eigentlich nur zusätzliches Beiwerk ist, das juristisch gefordert wird. Jedes Nachfragen und persönliche Einbringen des Patienten muß als Störung bei der Wiederherstellung des "physiologischen Funktionsoptimums" verstanden werden.

Es ist von daher nicht verwunderlich, wenn bei einer Be-

fragung von 800 niedergelassenen und angestellten Ärzten ein relativ hoher Prozentsatz (53,1 %) dem Satz zustimmt: "Am liebsten sind mir Patienten, die nicht ständig Fragen stellen," und ein relativ niedriger Prozentsatz (18,7 %) dem Satz zustimmt: "Medizinisch vorgebildete Patienten sind angenehmer zu behandeln." (57)

Kann aber schon der Arzt zwischen seiner Therapie und der Aufklärung des Patienten keinen Zusammenhang erkennen, so kann es der Patient noch viel weniger. Letzterer übernimmt ja als Laie weitgehend die Krankheits- und Therapievorstellungen des Arztes.

Es ist zu erwarten, daß sich der hilfesuchende Patient komplementär zum Arzt verhalten wird, um dessen Hilfe zu erlangen. So kann z.B. ein entsprechendes Verhalten des Arztes bei einem Patienten mit verstärktem Aufklärungswunsch den Glauben wecken, daß er durch Fragen dem Arzt die Zeit für Wesentlicheres stehle. Der Patient wird dann seinen Aufklärungswunsch dem Arzt gegenüber zügeln.

Engelhardt et al. stellen in ihrem Plädoyer für eine "Patient-zentrierte Medizin" (im Unterschied zur "Krankheitszentrierten Medizin") trotzdem fest, daß 73 % der von ihnen befragten Patienten "auch eine persönlichkeitsbezogene Behandlung" wünschten, wohingegen nur 11 % sich mit einer "nur krankheitsbezogenen Behandlung" begnügten. (58) "Persönlichkeitsbezogene Behandlung" und Aufklärung sind insofern miteinander vergleichbar, als Aufklärung die Vermittlung zwischen Krankheit (und ihren Folgen) und Person des Patienten darstellt.

Die Motivation des Arztes zur Aufklärung wird solange die zu einer (z.T. unangenehmen) juristischen Pflicht sein, wie es nicht gelingt, eine Integration oder zumindest eine Verbindung zwischen Aufklärung und Therapie herzustellen. Es ist verständlich, daß, wenn beide alternativ gegenüberstehen, auch der Patient der Therapie den Vorrang geben wird, obwohl

er eigentlich beides wünscht.

Erst eine Medizin, der es in Ergänzung zum einseitig naturwissenschaftlichen Ansatz gelingt, die Verbindung zwischen Leib und Seele (59) bzw. zwischen Krankheit und Person (60) ins Bewußtsein zu rücken und herauszustellen, wird in der Lage sein, einer adäquaten, d.h. patientgemäßen Aufklärung Rechnung zu tragen.

L. Entralgos Zusammenfassung des Beitrags der Psychoanalyse für die Heilkunde scheint uns ein wesentlicher Beitrag auch für eine Strategie angemessener ärztlicher Aufklärung zu sein:
"1. Die Entdeckung der strengen Notwendigkeit des Dialoges zwischen dem Kranken und dem Arzt, die sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung seines Leides gilt.....
2. Die sowohl diagnostische als therapeutische Würdigung der instinktiven Komponente des menschlischen Lebens.....
3. Die Entdeckung der Existenz sowie des Sinngehaltes, die innerhalb des menschlichen Lebens den verschiedenartigen Gestalten der psychologischen Bewußtheit zukommt.....
4. Ihr entscheidend gültiger Beitrag, durch den sie ein gründliches Kennenlernen des vom Gemütsleben auf die Körperbewegung ausgeübten Einflusses - sowie auch des umgekehrt von diesen Bewegungen auf jenes Leben ausgeübten Einflusses - bereichert .....
5. Die Bemühung, die in verstehenwollender Weise das Faktum der Krankheit in die Biographie des Kranken einordnen will...." (61)

Wenn sich auchin der Praxis immer häufiger Ansätze zeigen, Beratung und Aufklärung als integralen Bestandteil der Therapie zu sehen, so sind wir von einer allgemeinen Verbreitung doch noch sehr weit entfernt.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte, daß ärztliche Aufklärung und eine bessere Patientenbetreuung einen nachweis-

bar positiven Einfluß auf den Heilungsprozeß ausüben kann. (62).

I.2.3. Willensfreiheit als anthropologisches Postulat

Es wurde gezeigt, daß die ärztliche Aufklärung dem Schutz und der Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten dient und daß Grundlage des Selbstbestimmungsrechtes die Willensfreiheit oder - anders ausgedrückt - die Freiheit des "subjektiven Beliebens" (63) ist. Ohne in Einzelheiten gehen zu können, soll nun gezeigt werden, daß der besondere Charakter der Willensfreiheit eine Beurteilung der Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit des Patienten vom Arzt aus unmöglich macht. Dabei knüpfen wir an die Bedenken an, die aussagten, daß der Patient in den ärztlichen Heileingriff eigentlich nicht richtig einwilligen kann.

In der Diskussion wird die Freiheit dem Determinismus oft gegenübergestellt und dabei alternativ gegeneinander ausgespielt. W. Keller hebt hierbei vier mögliche Grundpositionen voneinander ab, die die beiden Pole Freiheit und Determinismus ins Verhältnis setzen (64).

"Die erste Position ist die Denkhaltung, in der Determinismus für unverbrüchlich und absolut gilt. Er ist übergreifend und total. Das ist die Voraussetzung des Materialismus und Positivismus im 18. und 19. Jahrhundert." Freiheit ist dabei ein bloßes Epiphänomen des Bewußtseins, eine Täuschung.
Die zweite Position leugnet die Freiheit nicht mehr als Täuschung, sondern sieht sie, um hier mit den Worten Hassensteins zu reden (65), als "Programmierung eigener Art", mit "dem Charakter eines Operators innerhalb derjenigen Meta-Ebene des Zentralnervensystems, deren Abläufe sich im Bewußtsein widerspiegeln."
Der dritte gedankliche Weg nimmt einen "Dualismus der Geschehensweisen" an, wobei "Freiheit - in einer Durchbrechung

des Determinismus - als eine Wirklichkeit ganz anderer Art, koexistent neben und außer dem kausaldeterminierten gegenständlichen Geschehen", angesehen wird (66).
Im vierten Ansatz geht es, ohne den Determinismus besonders hervorzuheben, um die "Einheit der beiden Aspekte von Freiheit, um ihre Realität als innerweltliches Ereignis und ihre gleichzeitige Transzendenz über alle Gegenständlichkeit hinaus...." (67), wobei sie auf die besondere Seinsweise des Menschen, die als Sein im "Selbst-Vollzug" und in der Realisierung gesehen wird, zurückgeführt wird.

Alle Aussagen über die menschliche Freiheit bzw. Willensfreiheit sind auf dem Hintergrund des historisch gewachsenen Selbstverständnisses vom Menschen zu betrachten und sollen hier die Sonderstellung des Menschen wie seine Würde begründen.

Ein Anstoß für eine neue theoretische Formulierung des Selbstkonzeptes wurde am Ende der zwanziger Jahre unseres Jahrhunderts gegeben, als die Einordnung des Menschen in die Natur durch die Wissenschaften nicht mehr gelang und sein spezifisches Sein - bzw. sein Entwurf davon - bedroht schien. So hebt M. Scheler, der als einer der Begründer der sog. philosophischen Anthropologie gelten darf, in seinem Hauptwerk "Die Stellung des Menschen im Kosmos" die Sonderstellung des Menschen durch seine "Lehre vom Geist als asketisches Prinzip" (68) hervor gegenüber Vorstellungen, die dem Menschen lediglich einen graduellen Unterschied zum Tier zuerkannten. Der menschliche Geist hebe den Menschen aus aller Wesensart des Tieres heraus und befreie ihn zu einem "weltoffenen" Verhalten (69). Gehlen unterstreicht die 'Weltoffenheit' des Menschen, indem er ihre Voraussetzungen darstellt und sagt, "daß der Mensch infolge seines Mangels an spezialisierten Organen und Instinkten in keine artbesondere, natürliche Umwelt eingepaßt und infolgedessen darauf angewiesen ist." (70)

Es zeigt sich bei näherer Betrachtung des Sachverhaltes, daß

die Sonderstellung des Menschen aus seiner Weltoffenheit gegenüber dem Tier nicht schlüssig nachgewiesen werden kann, wenn sie nicht schon vorher postuliert wurde. Da sich auf empirischem Wege lediglich graduell Unterschiede zwischen Mensch und Tier zeigen lassen, wird für die Grundlegung menschlicher Würde und Freiheit eine ganz andere Größe notwendig. U. Eibach zeigt dies in seiner theologischen Begründung der Besonderheit und Würde des Menschen (71).

In der 'Weltoffenheit' konstituiert sich die Freiheit des Menschen, die, soll sie als menschliches Spezifikum aufgefaßt werden, ebenso als ein anthropologisches Postulat angesehen werden muß, wie seine Sonderstellung. Das Postulat der Freiheit gilt es ständig neu zu aktualisieren.

Der besondere Charakter der Freiheit bzw. der Willensfreiheit ist ihre empirische Nichtnachweisbarkeit. Habermas schreibt darüber: "Die Aufgabe, die Freiheit des Willens zu erklären, ist paradox, weil Freiheit durch die Unabhängigkeit von empirischen Triebfedern definiert ist und eine Erklärung doch nur mit Rekurs auf Gesetze der Natur möglich wäre." (72) Diese empirische Nichtnachweisbarkeit der Freiheit muß bei allen Diskussionen über die Selbstbestimmung und die Einwilligungsfähigkeit berücksichtigt werden. Dadurch nämlich erübrigt sich grundsätzlich die Infragestellung der Willensfreiheit und Einwilligungsfähigkeit des Patienten (sofern diesem von der Funktion des Organismus her , etwa eine Psychose, nichts Gravierendes entgegensteht.) Denn der Arzt hat selbst keinerlei empirische Kriterien an der Hand, wonach er die Willensfreiheit seines Patienten beurteilen könnte. Auf die psychiatrisch-forensische Problematik kann in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden.

"In der Tat", schreibt K. Jaspers, "ist der Mensch sich zugänglich in der doppelten Weise: als Objekt der Forschung und als Existenz der aller Forschung unzugänglichen Freiheit. Im einen Falle sprechen wir vom Menschen als Gegenstand, im andern Falle von dem Ungegenständlichen, das der Mensch ist und dessen er inne wird, wenn er sich seiner selbst eigentlich bewußt ist....

Unserer Freiheit sind wir uns bewußt, wenn wir Ansprüche an uns erkennen." (73)

Freiheit ist also, wenn überhaupt, im subjektiven Seins- und Selbstbewußtsein des einzelnen Menschen auffindbar. Dabei sind Willensfreiheit und Selbstverantwortung so eng miteinander verbunden, daß das Absprechen der Selbstverantwortung die Infragestellung des Personseins zur Folge haben könnte. Bei diesen Erörterungen stößt man ständig auf die sog. "anthropologische Differenz", von der D. Kamper schreibt: "Ein 'Begriff' vom Menschen, der die Unmöglichkeit eines Begriffs vom Menschen begrifflich nachweist, steht noch aus. Dies genau wäre der Inhalt der anthropologischen Differenz." (74)

Vor diesem Hintergrund kann Aufklärung also nicht primär davon abhängig gemacht werden, wie der Arzt den Patienten anfänglich einschätzt (75), weil damit nichts über den Willen und die Willensfreiheit eines Patienten ausgesagt ist, sondern Aufklärung muß als prinzipielles Angebot dem Eingehen des Patienten offenstehen. Auf diese Weise kann es gelingen, dem anthropologischen Postulat der Freiheit Raum zu schaffen, womit ja das Personsein und dessen Würdigung eng zusammenhängt.

Auch einer empirischen Untersuchung der ärztlichen Aufklärung werden durch die prinzipielle Nichtnachweisbarkeit der Willensfreiheit und durch die 'anthropologische Differenz' Schranken gewiesen, so daß Freiheit als ein wesentliches Kriterium der Person zunächst unberücksichtigt bleiben muß.

I.3. Gesichtspunkte der Rollentheorie

I.3.1.1. Einführung des rollentheoretischen Ansatzes zum besseren Verständnis des Arzt-Patient-Verhältnisses bei der Aufklärung

Der Begriff der ärztlichen Aufklärung kann unterschiedlich aufgefaßt werden, etwa im Sinne von präventiver medizinischer Aufklärung durch ein Medium - wie Zeitung oder Fernsehen - oder, wie im vorliegenden Fall, als aktuelle Aufklärung, bezogen auf den konkreten Fall eines Patienten. Bei letzterem könnte noch

zwischen der Aufklärung des Patienten und der von Angehörigen oder weniger Betroffenen unterschieden werden. Immer spielt sich die Aufklärung in einem bestimmten gesellschaftlichen Rahmen ab, der die jeweiligen Bedingungen setzt. Für den Rahmen unserer Betrachtung der aktuellen Aufklärung des Patienten sind das Arzt-Patient-Verhältnis im Raum einer Klinik, speziell einer chirurgischen Klinik von maßgeblichem Einfluß. Durch die begriffliche Strukturierung dieses Verhältnisses soll das für das Thema der angemessenen ärztlichen Aufklärung notwendige "Handwerkszeug" erarbeitet werden. Sozialanthropologie, Soziologie und Psychologie liefern dabei die Grundlagen für ein solches Vorhaben.

Schelsky schreibt, daß eine Medizinsoziologie, die das Arzt-Patient-Verhältnis auf einer unmittelbaren Ich-Du-Beziehung aufbaut, verkennt, "daß das Verhältnis von Arzt und Patient.... immer schon ein Zurücktreten der Person hinter der Institutionalität der Rollen verlangt hat." (76) Am augenfälligsten ist wohl die Institutionalisierung bei der Berufsrolle des Arztes, die nur dann ausgeführt werden darf, wenn ganz bestimmte Bedingungen der Ausbildung erfüllt worden sind. D.h., für die Ausübung des Arztberufes sind letztlich nicht der Charakter oder irgendwelche persönlichen Eigenschaften des Arztes ausschlaggebend, sondern die gesellschaftliche Legitimierung durch die Approbation, die durch eine besondere Ausbildung erlangt wird.

Der Begriff der Rolle hat seine Wurzeln in der amerikanischen Kulturanthropologie und geht hier vor allem auf R. Linton zurück. Linton geht vom Begriff des Status aus, der eine bestimmte Position innerhalb der Gesellschaft, die ein Individuum einnehmen kann, durch besondere Rechte und Pflichten definiert. Der Begriff der Position wird dabei dem des Status weitgehend gleich verwandt. "Der zweite Terminus 'Rolle' soll die Gesamtheit der kulturellen Muster bezeichnen, die mit einem Status verbunden sind," (77) oder anders ausgedrückt: "Soziale Rollen sind Bündel von normativen Verhaltenserwartungen (gegenüber dem Inhaber einer Position), die mit bestimmten inneren und äußeren

Sanktionsdrohungen ausgestattet sind, um bis zu einem gewissen Grad ein rollenkonformes Verhalten zu garantieren (78). Entscheidend ist die aktive Komponente der Rolle gegenüber der Position (79).

Jedes Mitglied einer Gesellschaft hat nun nicht nur eine, sondern viele verschiedene Positionen inne, z.B. die des Ehemannes, des Vaters, des Vereinsvorsitzenden, des Arztes usw., die er durch Vollzug der Rolle ausfüllt. Durch die Ausführung der Rolle wird in diesem Moment eine Position bzw. ein Status zum 'aktiven Status' (80).

Eine weitere Spezifizierung wird dadurch gegeben, daß einer Position verschiedene Rollen zugeordnet sind, die in dem Begriff 'Rollen-Set' oder 'Rollensatz' zusammengefaßt werden (81). Ein Arzt führt so eine bestimmte Rolle in bezug auf seine Kollegen, eine bestimmte in bezug auf seine Patienten aus. Die jeweilige besondere Beziehung des Positionsinhabers wird dabei durch den Begriff 'Rollensektor' charakterisiert (82).

In Anerkenntnis der Tatsache, daß der Mensch das 'weltoffene', zugleich aber auch das begrenzte, nicht schrankenlose Wesen ist, muß es als Entlastung menschlicher Beziehungen gewertet werden, daß "jede Kultur aus der Vielheit der möglichen menschlichen Verhaltensweisen bestimmte Varianten" herausnimmt und sie "zu gesellschaftlich sanktionierten Verhaltensmustern, die für alle Glieder einer Gruppe verbindlich sind", erhebt (83). Durch die normative Trennung der Rollen wird so eine Orientierung der verschiedenen gesellschaftlichen Partner erleichtert, so daß durch diese soziale Vorklärung, durch den sozialen Kontext, der unmittelbare Anlaß Gegenstand der Interaktion werden kann.

Durch den ursprünglichen Gebrauch des Rollenbegriffs in der Theatersprache mag der Eindruck entstanden sein, als sei die Rolle etwas, das dem Individuum von außen aufgepfropft wäre, etwas, was es zu 'spielen' habe. 'Eine Rolle spielen' erzeugt leicht die Vorstellung, als handle es sich dabei um etwas, was

das Individuum selbst eigentlich nicht sei, was es aus- und anziehen könne wie ein Kostüm im Theater. Besonders wenn man sich das o.g. Zitat Schelskys in Erinnerung ruft, kommt einem der Verdacht, daß die Rolle den Menschen von seiner eigentlichen Person entfremde (84).

Demgegenüber muß man sich aber die Tatsache vor Augen halten, daß der Mensch ohne Mitmenschen, ohne gesellschaftliche Verknüpfung als Mensch gar nicht existent werden kann. Innerhalb der Gemeinschaft erfüllt er bestimmte Funktionen (Rollen) für diese und umgekehrt. Weil der Mensch im Unterschied zum Tier, wie es die Anthropologen herausstellen, einen Mangel an spezialisierten Organen und Instinkten hat, er also eine "physiologische Frühgeburt" ist, folgert Portmann, wird "der werdende Mensch aus dem Mutterleib heraus in einen zweiten Mutterschoß geboren, in dem er die andere Hälfte seines embryonalen Lebens durchläuft: es ist der soziale Mutterschoß." (85) Durch den dann beginnenden Sozialisationsprozeß (86) erwirbt und erlernt das Individuum ein "Repertoire" von Rollen und Identitäten, das die Gesellschaft bereithält und das "den Status objektiver Wirklichkeiten" hat (87). Im Sozialisationsprozeß werden allgemeine Normen und Werte verinnerlicht (internalisiert), so daß das Individuum sich mit der von ihm ausgeübten Rolle identifizieren kann (88).

I.3.1.2. Die inhaltliche Füllung der Arzt- und Patientenrolle

Auf der Basis der strukturell-funktionalen Theorie hat T. Parsons den viel zitierten, aber nicht immer unbestrittenen Versuch unternommen, die Arzt- und Patientenrolle vom Standpunkt des Soziologen inhaltlich zu füllen (89). Vor dem Hintergrund, daß die Gesellschaft ein funktionales Interesse an der Bekämpfung der Krankheit habe, sei die Rolle des Arztes - "im Einklang mit dem allgemeinen Charakter beruflicher Rollen" - "universalistisch, funktionalistisch, spezifisch und emotional neutral" sowie als Spezifikum "kollektivitäts-orientiert" (90).

Universalistisch meint, daß der Arzt verpflichtet sei, jedem Patienten in gleichem Maße, entsprechend seiner Krankheit, Hilfe zukommen zu lassen, ohne Rücksicht auf soziale Herkunft und

Gruppenzugehörigkeit. Die funktionale Spezifität hat ihre Grundlage in der besonderen Qualifikation des Arztes. Deshalb bekommt er die spezifisch fachliche Kompetenz von der Gesellschaft zugesprochen, seinen Beruf zum Nutzen der Gemeinschaft auszuüben. Aus der Notlage der Patienten darf der Arzt keine persönlichen Vorteile ziehen, er muß "kollektivitätsorientiert" sein und darf nicht - wie etwa ein Geschäftsmann - "selbstorientiert" sein.

Sämtliche Rollenaspekte der Arztrolle haben einen normativen Charakter (so sollte es sein), deren Einklang mit dem tatsächlichen Verhalten sich oft nur schwer bestimmen läßt. (91)

Eine offensichtlichere Kennzeichnung der Arztrolle gegenüber anderen Berufsrollen nennt Siegrist mit dem Eingriffsrecht in den Körper anderer Menschen zu Heilzwecken (92). Dadurch wird u.a. das Recht auf körperliche Unversehrheit (Art. 2 GG) berührt. Ein weiteres wichtiges Merkmal der ärztlichen Rolle ist "in dem berufsmäßigen Umgang mit menschlichen Krisensituationen zu sehen." (93)

Die Rolle des Kranken kennzeichnet T. Parsons gegenüber der Arztrolle (mit Einschränkungen) weniger normativ. Durch die Krankenrolle wird der Kranke von den sozialen Rollenverpflichtungen befreit; weil Kranksein sozial unerwünscht ist, ist der Patient verpflichtet, gesund werden zu wollen; der Kranke ist hilfebedürftig und muß von daher die fachkundige Hilfe des Arztes aufsuchen und mit ihm bei der Behandlung kooperieren (94). Weiter unterscheidet Parsons zwischen der Rolle des Kranken und der des Patienten. Letzterer ist der "Empfänger von Dienstleistungen eines wissenschaftlich ausgebildeten Berufsarztes" (95).

I.3.1.3. Die Kommunikationslücke zwischen Arzt und Patient

Der strukturell-funktionale Ansatz Parsons führt zu einem besonderen Dilemma der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der Kranke, der nicht mehr fähig ist, sich selbst zu helfen, braucht die fachkompetente Hilfeleistung des Arztes.

Aus der Tatsache aber, daß der Kranke die Hilfe des Arztes benötigt, zeigt sich sein eigener Mangel an Kompetenz. Dadurch entsteht nach Parsons eine "sozial-kulturell bedingte Kommunikationslücke" (96). Diese Kommunikationslücke verwehrt es weitgehend dem Patienten, die fachlichen Qualitäten des Arztes sowie die medizinischen Sachverhalte angemessen zu beurteilen (97). Diese Kommunikationslücke oder besser die Kompetenz bedingt die Macht, die der Arzt gegenüber seinem Patienten besitzt.

Theoretisch ist der Arzt durch dieses Gefälle in der Lage, den Patienten so 'aufzuklären', daß er fast immer in den Vorschlag und Rat des Arztes einwilligt. Doch wäre dies kaum noch Aufklärung zu nennen, sondern eher Manipulation, weil damit eine freie Willensäußerung des Patienten verhindert würde. Immerhin kann festgestellt werden, daß, je größer die "Kommunikationslücke" ist, desto größer auch die Verantwortung ist, die der Arzt übernimmt. Eine angemessene Aufklärung könnte also zu einer Entlastung ärztlicher Verantwortung führen, wie dies ja auch im juristischen Abschnitt kurz angedeutet wurde.

Die "Kommunikationslücke" wird durch die beiden Pole: Bedingungen des Arztes und Bedingungen des Patienten gesetzt. Beide Kommunikationspartner sind theoretisch für die Weite der Lücke verantwortlich. Da jedoch der Arzt im Arzt-Patient-Verhältnis die größere Kompetenz besitzt, die ja gerade auch die "Kommunikationslücke" bewirkt, besitzt er auch gegenüber dem Patienten die größere Kompetenz, die Kluft zwischen ihnen - etwa durch eine angemessene intensive Aufklärung - zu überbrücken und damit zu reduzieren.

Es scheint aber bisweilen, als zeige die "Kommunikationslücke" eher die Tendenz, sich zu vergrößern als sich zu schmälern. Dies kann einmal mit "den unrealistisch überhöhten Ansprüchen großer Teile der Gesellschaft an den Arzt und an medizinische Einrichtungen" (98) zusammenhängen - Ansprüchen, die der Patient übernimmt -, zum anderen mit dem Versuch des Arztes, diesen Anforderungen nachzukommen. Denn er müßte um seine Position fürchten, wenn er nicht die Verunsicherung durch die

angetragenen Erwartungen mit dem Ausbau seiner Macht zu kompensieren suchte. Es kann dadurch ein circulus vitiosus entstehen, der Arzt und Patient immer weiter auseinandertreibt (99). Beckmann drückt diesen Konflikt so aus: "Der Arzt hat Zweifel an seiner eigenen Potenz und unterliegt gleichzeitig dem Anspruch der Gesellschaft nach ärztlicher Omnipotenz. Aus dieser Selbstunsicherheit erwachsen mißtrauische Zurückhaltung und ambivalente Allmachts-Ohnmachtsphantasien bei Arzt und Patient, wodurch Arzt und Patient sich gegenseitig als feindlich erleben und meiden." (100)

Um es noch einmal zu betonen: das komplementäre Arzt-Patient-Verhältnis wird durch die normierenden Erwartungen stabilisiert, wobei die überspitzten Erwartungen und Reaktionen die Tendenz hervorrufen, daß sich die beiden Pole Arzt und Patient in einem an sich stabilen System noch weiter voneinander entfernen, so daß sie schließlich - bedingt durch einen ständigen Rollenstreß (101) - ihre Kommunikation auf das medizinisch Notwendigste reduzieren.

In den verschiedenen Untersuchungen zum Arzt-Patient-Verhältnis (102) bleibt unbestritten, daß dieses Verhältnis kein symmetrisches, sondern ein komplementäres ist, ausgezeichnet durch ein Machtgefälle. Dabei steht die Dominanz des Arztes der Unterordnung des Patienten gegenüber. Daß ein gewisses Gefälle zwischen Arzt und Patient, bedingt durch die Fachkompetenzen des Arztes, in der Natur der Sache liegt, steht außer Zweifel. Daß dieses Verhältnis jedoch oft an einer übergroßen "Kommunikationslücke" krankt, die häufig infolge normensetzender Erwartungen und entsprechender Reaktionen gehalten wird, dürfte täglich neu in den Kliniken erfahren werden. (103)

An dieser Stelle kann die Chance und Möglichkeit der allgemeinen medizinischen sowie der aktuellen Aufklärung liegen: durch Verringerung der "Kommunikationslücke" sowie durch den Abbau übertriebener Erwartungen zu einem befriedigenderen und adäquateren Arzt-Patient-Verhältnis zu gelangen (104).

I.3.1.4. Die Ergänzungsbedürftigkeit des strukturell-funktionalen Ansatzes der Rollentheorie

Für die weitere Betrachtung des Arzt-Patient-Verhältnisses hinsichtlich einer angemessenen Aufklärung bedarf es der Ergänzung und Erweiterung des strukturell-funktionalen Ansatzes, ohne daß dabei auf die Vorteile des Rollenbegriffs verzichtet werden soll. Denn der strukturell-funktionale Ansatz stellt lediglich die Funktion und Stabilität eines Systems dar, ohne auf die interpersonale Dynamik näher einzugehen.

Mitscherlich schreibt in überspitzter Form über einen allzu rigide definierten Rollenbegriff: "Begreift man den Kranken als erlebendes Individuum und nicht als Körper allein, so kann die Illusion eines gelingenden 'Zurücktreten der Person hinter die Institutionalität der Rolle', wie bisher vom Arzt verlangt wurde, nicht länger aufrechterhalten werden." (105) Eine angemessene und gelingende Kommunikation macht es auch notwendig, daß sich die Partner von ihren Rollenvorstellungen und Erwartungen distanzieren können und für ein neues Aushandeln der "Positionen" öffnen (106)

Die notwendige Erweiterung des Rollenbegriffs soll mit einer Betrachtungsweise versucht werden, die die Interaktion und Intersubjektivität verschiedener Partner innerhalb der Gesellschaft zu ihrem Gegenstand macht. Ein solcher Ansatz findet sich im symbolischen Interaktionismus, auf dessen Grundlage Möglichkeiten und Probleme ärztlicher Aufklärung näher betrachtet werden sollen.

I.3.2.1. Einige Grundlagen des symbolischen Interaktionismus

Die Theorie des symbolischen Interaktionismus als eine Theorie von spezifisch menschlichen Verhaltensweisen stammt aus dem nordamerikanischen Kulturkreis und bekam dort ihre ersten Anstöße um die Jahrhundertwende. Der Beitrag J. Deweys, der als einer der Vorläufer des symbolischen Interaktionismus gilt, besteht darin, daß er vor allem auf die enge Wechselwirkung zwischen Person und Gesellschaft verwies und darauf aufmerksam machte, daß sich die Persönlichkeit eines Menschen nur in sozialen Kontakten entwickeln

kann (107). Ch. H. Cooley erkannte, daß das Selbst des Menschen ein durch Interaktionsprozesse entstandenes soziales Produkt sei (108). G.H. Mead gelang es schließlich, die verschiedenen Ansätze in seinem Entwurf "Interaktion als Kommunikation mittels signifikanter Symbole" (109) für eine Theorie der symbolischen Interaktion fruchtbar zu machen.

Mead(110) geht davon aus, daß ein Individuum eine zugrundeliegende Idee mittels einer bestimmten Geste symbolisieren will. Wird die gleiche Idee bei einem anderen durch diese Geste hervorgerufen, dann ist diese Geste ein "signifikantes Symbol". Auf der Grundlage "signifikanter Symbole" wird menschliche Kommunikation und Interaktion möglich. Dabei sind "signifikante Symbole" solche Symbole, die für die Interaktionspartner gleiche Bedeutung haben. So wird aus der "vokalen Geste" als "signifikantem Symbol" die Sprache oder besser das Sprechen, das wesentlichste Instrument zwischenmenschlicher Kommunikation.

Auf die Unterscheidung von Leib und Seele(bzw. Geist), von Organismus und Person wurde schon früher hingewiesen. Der symbolische Interaktionismus kennt diese Unterscheidung auch in modifizierter Form. So lebt der Mensch nicht nur in einer "natürlichen Umwelt", in der wie bei den Tieren die Interaktion nach bestimmten, instinkthaft festgelegten Reiz-Reaktionsmechanismen abläuft (111), sondern als Mensch vor allem auch in einer "symbolischen Umwelt", in der die Interaktion nach beigemessenen Bedeutungen mit Gesten vollzogen wird (112). Der Mensch besitzt die ganz entscheidende Fähigkeit zur Symbolisation. Dabei ist der Organismus der Generator der Symbolisation.

Gerade durch die Darstellung der wechselseitigen Beziehung gehirnphysiologischen und sozialen Geschehens rückt Mead in die Nähe der anthropologischen Medizin V.v.Weizsäckers, die später bei der Betrachtung des Kranken noch einmal angeführt werden soll.

H. Blumer verdeutlicht drei wesentliche Prämissen, auf denen der symbolische Interaktionismus beruht: 1. Der Mensch handelt Dingen (und Personen) gegenüber auf der Grundlage von Bedeutungen.

2. Die Bedeutung der Dinge (und Personen) entsteht in der sozialen Interaktion mit den Mitmenschen. 3. Diese Bedeutungen unterliegen einem interpretativen Prozeß, d.h. sie können von den verschiedenen Personen je nach Gebrauch auch verändert werden (113). Bedeutungen haben die Dinge der "symbolischen Umwelt" also nicht an sich, sondern diese werden ihnen erst durch gesellschaftliche Interaktionsprozesse beigelegt.

Dabei definiert Handlung und Gebrauch der Dinge ihre soziale Bedeutung (114). Um ein Beispiel zu nennen: Eine Kaffeetasse wird allgemein als eine Tasse für Kaffee benutzt und definiert sich von daher. Der gleiche Gegenstand erfährt einen Bedeutungswandel, wenn er nicht mehr als Kaffeetasse, sondern als Farbtopf benutzt wird. Ein ähnlicher interpretativer Prozeß kommt auch beim Sprechakt oder bei verschiedenen sprachlichen Begriffen zum Tragen. Der Begriff "Operation" z.B. wird von Chirurgen, Mathematikern, Strategen und Sozialwissenschaftlern unter jeweils verschiedenen Bedeutungen gebraucht. Über die Bedeutung wird hier entschieden durch die Frage: Wer gebraucht in welchem Kontext und Zusammenhang einen bestimmten Begriff und welche konkrete Handlung wird mit diesem Begriff verbunden?

Durch den Grad der Übereinstimmung, d.h. des gleichen Gebrauchs zwischen den Interaktionspartnern gewinnen Bedeutungen, Werte und Normen an Gewicht. Bedeutungen, die nicht kulturell schon sehr stark festgelegt sind, müssen von den Interaktionspartnern ausgehandelt werden. Aber auch kulturell festgelegte Bedeutungen sind Produkt sozialer Interaktionsprozesse und unterliegen weiter der Dynamik dieser Prozesse. Es bestehen lediglich unterschiedliche Grade der Festlegung bzw. des übereinstimmenden Gebrauchs.

Da die Bedeutungen beim Menschen nicht angeboren sind und die Dinge keine Bedeutung 'an sich' haben, müssen sie "im Rahmen der Sozialisationsprozesse erworben, d.h. gelernt werden." (115) Auch wird der Mensch nicht mit fertigen Interaktionsmustern geboren, sondern muß sich diese erst im Laufe seiner Entwicklung (sowohl phylogenetisch als auch ontogenetisch) aneignen.

Das Individuum empfängt und entfaltet die speziell menschlichen

Verhaltensweisen und Potenzen, die Mead mit Intelligenz und Geist kennzeichnet, durch die "Hereinnahme der Übermittlung signifikanter Gesten, die dadurch möglich werden, daß der Einzelne die Haltung anderer gegenüber sich selbst und gegenüber jenen Dingen einnimmt, über die man nachdenkt." (116)

Durch den Anteil am gesellschaftlichen Symbolsystem ist es dem Individuum möglich, seine Stellung in bezug auf die anderen in der Gesellschaft zu erkennen, d.h. sich selbst zu verobjektivieren. Das "Selbst" wird dabei zum Objekt der Betrachtung, wie es die anderen Objekte der Umwelt auch sind. Diese Selbst-Objektivierung gelingt dadurch, daß das Individuum auf symbolischer Ebene so tut, als ob es die Position eines anderen (oder auch vieler anderer) annähme und sich von dieser Position aus dann betrachte. Damit ist verbunden, daß das Individuum mittels Symbolisation Rollenerwartungen eines anderen übernehmen kann, sie sich vorstellen und sich hineinfühlen kann. Stryker formuliert das Konzept der Rollenübernahme als den "Prozeß der Antizipation der Reaktion der anderen, die mit einem in einer sozialen Handlung verknüpft sind....Dieser Prozeß der Antizipation kann auftreten in bezug auf einen ganz bestimmten anderen, aber häufiger geschieht er in Beziehung zu dem, was Mead den 'generalisierten Anderen' nannte." (117)

Auch die Identität eines Individuums ist das Produkt aus einem Prozeß wechselseitigen sozialen Bedeutungsaustausches, aus dessen Übereinkommen die Identität entsteht (118).

I.3.2.2. Einige Grundlagen der Verständigung

Der Prozeß der Einfühlung (Empathie) in einen anderen bzw. in dessen Rolle gilt als Grundlage menschlicher Kommunikation und Übereinkünfte, wodurch zwischen Menschen, ausgewiesen durch die begleitenden Handlungen, eine Verständigung erreicht werden kann. Wenn man sich verständlich machen will, kommt man nicht umhin.zu reflektieren, wie der andere eine bestimmte Geste auffassen würde; man muß sich an dem anderen orientieren. Verstehen und Verständigung ist so vor dem Hintergrund eines komplexen wechsel-

seitigen Bedeutungsaustausches anzusetzen.

'Consensus' über einen bestimmten Sachverhalt wird nach Siegrist aufgrund 'reflexiver Ko-Orientierung' der Interaktionspartner erreicht. "Kommunikation" ist dabei für ihn "der verbale Informationsaustausch, der sich auf ein durch reflexive Ko-Orientierung konstituiertes Hintergrundverstehen bezieht." (119) Den Begriff der ''Ko-Orientierung' leitet Siegrist aus der Orientierung des einen Interaktionspartners an der Einstellung des anderen zum gleichen Sachverhalt ab. "Reflexiv" bedeutet dabei, daß mitbedacht wird, wie der andere die Einstellung des Bedenkenden zu dem Sachverhalt einschätzt. (120) Diese spontanen Abläufe werden meist nur dann bewußt, wenn sie nicht gelingen.

I.3.2.3. Vorteile des interaktionistischen Rollenmodells

Es hat sich gezeigt, daß das interaktionistische Rollenmodell eine Theorie darstellt, die die Dynamik des Aushandelns von Rollen im Interaktionsprozeß mitberücksichtigt und von daher auch die Dynamik des Arzt-Patient-Verhältnisses bei der ärztlichen Aufklärung angemessener als das strukturell-funktionale Rollenmodell darstellen kann (121).

In diesem Zusammenhang verweist Krappmann auf die interaktionistischen Grundbedingungen erfolgreichen Rollenhandelns in seinen sechs Punkten:

1. Die Rollennormen sind nicht so streng definiert, sondern lassen einen Spielraum für subjektive Interpretation.

2. Die Rollenpartner in einem Interaktionsprozeß verdeutlichen ihrem Gegenüber über die spezifische Rolle hinaus noch weitere.

3. Es ist nicht erforderlich, daß noch mehr als ein kompromißhafter Konsens der Partner über die Interpretation ihrer Rollen herrscht.

4. Es wird davon ausgegangen, daß die individuellen Bedürfnispositionen den institutionalisierten Norm- und Wertvorstellungen

nicht voll entsprechen.

5. Die Rollenpartner müssen zur Sicherung des Fortgangs von Interaktion fähig sein, sich auf die verschiedenen Bedürfnispositionen des anderen einzustellen.

6. Nicht solche Institutionen werden als stabil betrachtet, bei denen das Individuum die Positionserwartungen automatisch erfüllt, sondern solche, bei denen die Bedürfnisse der einzelnen im Rahmen des Interaktionsspielraums berücksichtigt werden können. (122)

Legt man den symbolischen Interaktionismus zugrunde, so gewinnt die Interaktion hinsichtlich der Aufklärung ein ganz neues Gesicht. Zwar stehen sich Arzt und Patient immer noch mit ihren Rollenverpflichtungen gegenüber, doch nun nicht mehr allein vor dem Hintergrund institutioneller Rollendefinitionen, sondern so, daß sie selbst gestaltend und verbessernd auf ihr Verhältnis Einfluß nehmen können. Kultur und Institutionen sind nun nicht mehr hemmende und streng determinierende Faktoren, sondern Grundlage, von der ausgegangen werden kann, das Arzt-Patient-Verhältnis zu überdenken.(123)

I.4. Der Chirurg und sein Patient

An dieser Stelle sollen zunächst einige Aspekte der Position und der Tätigkeit des Chirurgen, dann der Position und der Situation des Patienten beleuchtet werden, um anhand ihrer unterschiedlichen Ausgangslagen zu zeigen, welche unterschiedlichen Bedeutungszumessungen der Gegenstand ihrer Interaktion erfährt. Damit eine angemessene Aufklärung erreicht wird, muß in der Interaktion die Bedeutungszumessung deutlich gemacht worden sein bzw. werden. Da die ärztliche Aufklärung eine Hilfe für den Patienten darstellen soll, richtet sich ihre Angemessenheit weitgehend nach der Zufriedenheit des Patienten, danach, ob dieser den Arzt genügend versteht. Es ist für den aufklärenden Arzt daher wichtig, sich selbst zu verdeutlichen, daß bestimmte Gesten vom Patienten anders gedeutet werden, als er dies von seinem Hintergrund aus beabsichtigt.

Wenn nun die Positionen von Chirurg und seinem Patienten dargestellt werden, so darf nicht vergessen werden, daß sie aufgrund gesellschaftlicher Übereinkünfte definiert sind und deshalb dem sozialen Definierungsprozeß unterworfen sind. Die Rolle einer Person stellt ja das Bündel der Verhaltensweisen dar, die von der Person in einem bestimmten Status erwartet werden. Rolle ist dabei der dynamische Aspekt des Status (124). Werden diese Erwartungen weniger allgemein auf die konkreten Partner eines Rollensektors bezogen, dann wird noch eher die ständige Modifizierung deutlich, der das Rollenverhalten unterliegt:

Ehefrau und Angehörige erwarten ein anderes Verhalten vom Patienten als Arzt und Pflegepersonal. Erwartungen an den Arzt werden gerichtet: vom Patienten, vom Chefarzt, von der Stationsschwester usw., die alle sein Rollenverhalten beeinflussen. Wenn diese Erwartungen einander widersprechen, muß der Rollenträger eine Hierarchisierung nach dem Prinzip der größten Bedeutung vornehmen. Z.T. wird für den Fall widerstreitender Rollenerwartungen die für das System optimale Bewertung schon festliegen, doch muß es nach dem anthropologischen Freiheitspostulat dabei immer noch möglich sein, die Werte individuell selbst auszuwählen (125).

I.4.1.1. Der Chirurg

Ärztliche Tätigkeit ist nicht denkbar ohne Erkrankung und Leid von Menschen. Deshalb ist es nach § 1 Abs. 2 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte (126) Aufgabe des Arztes, "das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann." Hier wird der Arzt also in besonderer Weise der Humanität gegenüber seinem Patienten verpflichtet. Dieser wird als der eigentliche Mittelpunkt ärztlicher Tätigkeit herausgestrichen.

Es ist bedeutsam zu bedenken, daß der Arzt seinen Beruf vor allem auf der Grundlage wissenschaftlich-systematischer Forschung und Erfahrung ausübt und sich dadurch in seiner Tätigkeit von anderen humanitären Gesten unterscheidet. Hierin liegt die Chance zu qualifizierter Hilfe, aber auch die Gefahr einer übermächtigen Eigendynamik der naturwissenschaftlich-technischen Grundlagen. Immerhin wird dem Arzt erst nach erfolgreicher Aneignung dieser Grundlagen erlaubt, Patienten zu behandeln. Mit seiner Ausbildung hat der Arzt Anspruch auf eine Position, die ihm in unserer Gesellschaft von keinem anderen (vom Heilpraktiker einmal abgesehen) bestritten werden kann (127).

In der medizinpsychologischen und -soziologischen Literatur findet der Chirurg bei der Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnisses selten Beachtung. Beachtung finden hier vor allem die Praktiker, Internisten, Psychotherapeuten und Psychiater mit ihren Patienten. Im Zusammenhang dieser Arbeit sollen nur einige Aspekte der Gegebenheiten, denen der Chirurg ausgesetzt ist, hervorgehoben werden. Es sind solche, die für die Perspektive des Chirurgen bei der Aufklärung von Einfluß sind.

Allgemein gesagt ist der Chirurg ein spezialisierter Arzt, der für die Erkennung und Behandlung chirurgischer Erkrankungen zuständig ist (128). Erkrankungen (und damit auch die Patienten) werden hier nach der besonderen Therapiemöglichkeit ausgewählt.

Die Hauptbehandlungsart ist die Operation, die wie kaum eine andere Methode in den Körper eines Menschen eingreift, ja diesem sogar bewußt einkalkulierten, vorübergehenden Schaden zufügt. Um die Behandlungschance wahrzunehmen, wird auch das zwar meist geringere Risiko eines nicht vorübergehenden Schadens in Kauf genommen. Ständig steht der Chirurg dabei unter dem Druck des Entscheidungszwanges zwischen Chance und Risiko.

I.4.1.2. Die Operation und ihre Interaktionsform

Operationen werden in einem Operationssaal durchgeführt, der von allen anderen Räumlichkeiten der Klinik streng getrennt ist, um einen von der Öffentlichkeit und dem übrigen Krankenhausbetrieb abgeschirmten Bezirk zu schaffen. Das Operationssystem - so sollen alle zur Operation notwendigen Einrichtungen genannt werden - unterliegt einer rigiden Regelung, die zum größten Teil aufgrund systematischer Erfahrungen nach den Kriterien funktioneller Notwendigkeit entwickelt wurde - vom Wechsel der Kleidung, dem Waschen bis hin zur eigentlichen Operation. Ein reibungsloser Ablauf wird bei der mangelhaften Instinktsicherung des Menschen durch diese strenge Regelung innerhalb des Systems erreicht.

Der Chirurg verfügt über ein ganz bestimmtes Verhaltensrepertoire, wodurch ein optimaler Ablauf im Operationssystem gewährleistet werden soll. Die Handlungsweisen der Operationsschritte sind überwiegend festgelegt. Für den Beobachter einer Operation scheinen die einzelnen Handlungsschritte so zwingend nach der Situation zu erfolgen, daß man der Interaktion bei der Operation das Modell eines Reiz-Reaktionsschemas zugrundelegen könnte. Dabei sind die Interaktionspartner der Körper und Organismus des Patienten auf der einen Seite, der Operateur mit den Assistenten auf der anderen Seite. Letztere interagieren ihrerseits zusammen mit der Operationsschwester auf der technischen Ebene nach dem Reiz-Reaktionsschema. Jede Situation stellt dabei den Reiz für eine ganz bestimmte Reaktion, eine festgelegte Handlung dar: Ein blutendes Gefäß - Abklemmen, eine bestimmte Schnittiefe - Gebrauch bestimmter Haken usw..

Diese etwas ungewöhnliche Interpunktion (129) des operativen Vorganges wurde bewußt gewählt, um auf die Handlungseinheit zwischen Körper des Patienten und Operateur hinzuweisen. Gewöhnlich verwendet man die umgekehrte Interpunktion: Der Chirurg durchtrennt mit dem Skalpell die Kontinuität der Haut - die Haut klafft auseinander; der Chirurg klemmt ein

Gefäß ab - die Blutung kommt zum Stillstand usw.. Der Operateur orientiert sein Verhalten am Körper des Patienten, der Körper des Patienten zeigt ein relatives Verhalten zum Vorgehen des Operateurs. Für diese Handlungseinheit ("komplementäre Akteinheit") fand V.v.Weizsäcker das Modell des Gestaltkreises (130). Weil es das Ziel des Operateurs ist, dem Patienten zu helfen, deshalb ist er gezwungen, den 'Gesten' des Körpers Rechnung zu tragen. Über die Angemessenheit eines Operationsschrittes entscheidet letztlich immer der Organismus des Patienten. Auf diese Weise lernt auch der Chirurg zusammen mit dem symbolisch vermittelten Wissen eine Operation angemessen durchzuführen (131).

Goffmann zeigt, daß sich Chirurgen von ihrer Rolle, die sie auf der technischen Ebene ausführen, auf der Ebene symbolischer Interaktion, z.B. durch eine humorige Bemerkung distanzieren können, um damit die Belastung der Operationssituation zu vermindern (132).

Damit ein operativer Eingriff gelingen kann, müssen vorher die Schutzreaktionen, mit denen sich der Mensch normalerweise einem Eingriff in seinen Körper widersetzt, durch Anästhesie (bzw. Analgesie) und Narkose vorübergehend ausgeschaltet werden. Dadurch sind die Möglichkeiten des Patienten, mit seiner Umwelt 'signifikanten' Kontakt aufzunehmen, vorübergehend eingeschränkt oder ganz aufgehoben. Er ist gewissermaßen auf seinen Organismus reduziert, der nun in Narkose willenlos und reaktionsreduziert den technischen Einrichtungen angepaßt werden kann, so daß der Operateur optimale Bedingungen für den Eingriff vorfindet. Der Patient, dem der Chirurg im Operationssaal begegnet, ist ein an die technischen Möglichkeiten extrem angepaßter. Unter Voraussetzung eines funktionalen Krankheitsbegriffs wird bei einer Operation eine eingetretene oder drohende Störung des Organismus behoben.

Ohne die Unterordnung der sozialen Beziehung unter die technisch-funktionalen Bedingungen des Operationssystems könnte dem Patienten nicht geholfen werden. Der "Vorrang der technischen Kompetenz" (133) und die ständige Übung der "technischen" Beziehung zum Patienten kann sich aber auf der an-

deren Seite einer angemessenen ärztlichen Aufklärung erschwerend in den Weg stellen, weil die soziale Beziehung zum Patienten mit weniger großem Aufwand geübt wird. Es besteht dann die Gefahr, daß die Visite, die Möglichkeit der für den Patienten so wichtigen Kommunikation mit dem Arzt, auf eine alleinige Bestätigungs- und Belohnungsfunktion für den Arzt reduziert wird, der lediglich den Organismus des Patienten auf seine Funktionen überprüft.

Da es bisher mit zur Aufgabe des Chirurgen gehört, auch die soziale Vermittlung zu leisten und dem Patienten die Krankheit, die Operation und die Folgen mitzuteilen sowie den Patienten in der Krisensituation der Krankheit zu führen, wird der Chirurg nicht umhin können, angemessene Kommunikation zum Patienten zu üben (134) und entsprechende Strategien zu entwickeln.

I.4.2.1. Der Kranke und der Krankheitsbegriff

Bei der Betrachtung einiger Aspekte chirurgischer Tätigkeit wurde ein funktionaler Krankheitsbegriff zugrundegelegt. Die Begriffe "normal" und "pathologisch" beziehen sich dabei auf Organ- bzw. Systemfunktionen (135). Jede Beschwerde des Patienten wird zum 'Symptom' der Krankheit, wenn der Arzt aufgrund seiner Erfahrung eine Korrelation zwischen Beschwerde und dem abnormen Körperbefund herstellen kann (136). Auf diese Weise wird die Krankheit des Patienten bestimmt. Die Heilbehandlung wird an der 'normalen' Funktion der Körpersysteme ausgerichtet. Dabei stellt der Begriff 'normal' letztlich eine statistische Größe dar, ohne daß damit schon etwas über seine Validität ausgesagt wäre.

In bezug auf die ärztliche Heilbehandlung äußert V.v.Weizsäcker: "Die Behauptung, Zweck der ärztlichen Handlung sei, die Arbeits- und Genußfähigkeit des Kranken herzustellen - diese Behauptung ist nicht eine Wesensbestimmung der Heilbehandlung, sondern die Beschreibung eines gesellschaftlichen Zustandes und seiner Ideale" (137). So handelt es sich auch bei dem funktional-somatischen Krankheitsbegriff um eine gesellschaftliche Übereinkunft, die Krankheit nach Zweckmäßig-

keitskriterien definiert. Der funktionale Krankheitsbegriff läßt aufgrund seiner günstigen Operationalisierbarkeit eine weitgehend objektive Erfolgskontrolle zu. Enke et al. zeigen, wie je nach Bezugssystem Krankheit verschiedenen Definierungsansätzen unterliegen kann (138). Auch wegen seiner Aufgabe, die Krankheit seines Patienten vor der Gesellschaft zu legimitieren (z.B. durch Krankschreiben), muß der Arzt die Beschwerden des Patienten vorgegebenen Definierungsansätzen zuordnen (139).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrem Definitionsversuch Gesundheit vom subjektiven Wohlbefinden des Menschen abhängig gemacht und damit Krankheit als ein umfassenderes Geschehen, das nicht nur auf Organfunktionen bezogen ist, akzeptiert. "Die 'Autonomie' des somatischen Vorgangs wird weitgehend überschätzt (140)."

Der Krankwerdende selbst fühlt im allgemeinen zunächst, daß etwas mit ihm nicht in Ordnung ist; er sagt, daß er krank sei (141). Er fühlt sich unwohl und hat vielleicht Schmerzen. "Im Wohlbefinden nehme ich nichts von meiner leiblichen Verfassung wahr, mein Körper ist mir als 'schweigendes Selbstverständliches' gegeben.....Wohlbefinden ist die auf 'Freiheit' hin angelegte Verfassung des Bewußtseins", schreibt Plügge (142). Diese Verfassung ändert sich bei dem, der sich krank fühlt. Der Körper ist ihm kein "schweigendes Selbstverständliches" mehr, er wird ihm zur Last, zum Hemmschuh seines Handelns. Durch das Krankfühlen wird aber nicht nur die Einstellung zu sich selbst, zum eigenen Körper verändert, sondern auch je nach Krankheit die Einstellung und das Verhältnis zur Umwelt, wie Engelhardt und Lohmann (143) an verschiedenen Beispielen zeigen.

Der somatopsychische Zusammenhang und sein Eingebettetsein in eine soziale Umwelt macht die Erweiterung des somato-funktionalen Krankheitsbegriffes notwendig. In seiner Lehre vom Gestaltkreis hat V.v.Weizsäcker ein Denkmodell vorgestellt, das auf die Wechselwirkung von Wahrnehmenden und Wahrgenommenen,

von Arzt und Patient, von Leib und Seele Anwendung findet (144). Er entwirft dabei, übrigens in ähnlicher Weise wie H. Mead, ein besonderes Interaktionsmodell, betont allerdings nicht besonders die Symbolisation als menschliches Spezifikum. Auch im Denkmodell des "Psychosomatischen Funktionskreises" von Delius und Fahrenberg (145) wird durch eine Systematisierung der Zusammenhänge, die "prozessuale Einheit von Erleben (Befinden), Verhalten und somatischen Abläufen" bildlich und methodisch faßbar gemacht (146). Es wird hier in einer Synthese von Parallelitäts- und Identitätstheorien versucht, die Verflochtenheit leib-seelischer Vorgänge darzustellen und für eine Krankheitstheorie fruchtbar zu machen.

Aus der Einheit von Psyche und Soma im Menschen wird erklärlich, daß die sog. "anthropologische Medizin" Krankheit als eine besondere Lebensäußerung auffaßt, die im Zusammenhang mit der gesamten Lebensgeschichte bzw. Biografie gesehen werden muß. "Man versteht das kranke Wesen am besten, wenn man sich das ganze Leben als einen unablässigen Krieg mit der Krankheit vorstellt. Gesunde Zeiten sind Fortsetzung dieses Krieges mit anderen Mitteln" meint dazu V.v.Weizsäcker (147). Bodamer sieht in diesem Sinne Krankheit eingeordnet in die "Ökonomie des Lebens", wenn er bekundet: "Selbst Krankheit und Gesundheit können als ein Wechsel von Zuständen aufgefaßt werden, die den Menschen lebendig erhalten" (148). So ist Krankheit, ob sie nun als Gewinn oder schwerer Schlag vom Betroffenen aufgefaßt wird, immer eine Form des Lebens (149). In der "anthropologischen Medizin" bedeutet Krankheit eine Äußerung des Subjektes Mensch und ist bei R. Siebeck so eng mit der Person verknüpft, daß er "Krankengeschichte" und "Lebensgeschichte" identisch sieht (150). Es entscheidet von daher der Kranke auch selbst über sein Kranksein (151). Von dem dargestellten Hintergrund aus wird deutlich, daß es keine objektive und allgemeingültige Definition für Krankheit oder Gesundheit geben kann, sondern lediglich Operationalisierungsversuche, die je nach Gesellschaft legitimiert werden (152).

Von daher ist auch der Diagnosebegriff sehr vielschichtig und wird unterschiedlich gebraucht. Er reicht vom hippokratischen Diagnosebegriff als der "Summe der Erkenntnis" (153) bis zu einem Diagnosebegriff, der die gesamte diagnostisch-biographische

Bestandsaufnahme in ihren Einzelheiten umfaßt (154). Allgemein gängig dürfte z.Zt. Diagnose als ein Endergebnis verstanden werden, das solche Beurteilungen enthält, die durch die Anwendung bekannter allgemeingültiger Erkenntnisse auf den Einzelfall zustandekommen (155). Da aber sowohl der Zustand des Kranken als auch die diagnostischen Ergebnisse einen wechselnden Erkenntnisstand bewirken, haben die einzelnen Beurteilungen nur vorläufigen Charakter. Diagnosen werden dadurch zu Zwischenbegriffen, die das Kranksein des Patienten strukturieren (156). Zur Überwindung des alten ontologischen Krankheits- und Diagnosebegriffes schlägt Wesiack den "diagnostisch-therapeutischen Zirkel" vor, den er aus der Kybernetik und dem sog. hermeneutischen Zirkel herleitet (157).

Zusammenfassend sei noch einmal verdeutlicht: Das Befinden des Individuums und damit der Kranke selbst entscheidet über sein Kranksein bzw. hat schon darüber entschieden. Der Arzt hat dann die soziale Aufgabe, dieses Kranksein vor der Gesellschaft zu legitimieren (158), indem er es allgemeingültigen Erkenntnissen zuordnet und über die Symbolisation durch Diagnosen das Kranksein für Arzt und Patient strukturiert, um darüber zu einer Therapie zu gelangen. Es darf dabei nicht vergessen werden, daß das Kranksein bzw. die Krankheit, d.h. der offenbar gleiche Sachverhalt für Patient und Arzt, eine unterschiedliche Bedeutung hat. Um dabei zu einer hilfreichen, gegenseitigen Verständigung zu gelangen, wird ein entsprechender Kommunikationsaufwand erforderlich sein.

Die Nichttrennbarkeit des Krankseins vom Personsein, die in der "anthropologischen Medizin" hervorgehoben wird, verunmöglicht aber eine gültige Aussage darüber, ob der Kranke die Krankheit nur "passiv" erleidet oder sie auch "aktiv" produziert. Sicher müssen beide Aspekte berücksichtigt werden (159). In bezug auf die Umgebung des Kranken kann Krankheit auch als ein Ausdruck, eine Sprache (160) oder eine Geste verstanden werden, die Leiden und damit Hilfsbedürftigkeit signalisieren. "Jede Krankheit", stellt Balint fest, "stellt auch das 'Vehikel' für die Bitte um Liebe und Beachtung dar." (161) Weil sie als Ausdruck auf andere gerichtet

ist und von diesen verstanden und bemerkt werden soll, zeigt sich hier ein Angriffspunkt für die Überformung des Krankheitsverhaltens von gesellschaftlichen Vorstellungen über Krankheit (162).

Es wurde schon erwähnt, daß sowohl das Verhältnis zur Umwelt als auch zum eigenen "Selbst" durch Krankheit gestört wird. Die bis dahin gültige 'Selbstbestimmung' erweist sich als revisionsbedürftig. Je nach Schwere der Krankheit und dem Ausmaß der zu erwartenden Folgen wird der Patient die Krise erleben. Besonders, wenn offensichtliche, irreversible Veränderungen (z.B. einer chronischen Krankheit) das Leben des Patienten durch ständiges Kranksein kennzeichnen, bedarf es einer umfassenden Selbstfindung.

Denn der Kranke wird seiner selbst unsicher. "Das, was in der Krankheit an den Menschen herantritt, gefährdet ihn in allen seinen bisherigen Entwürfen" (163). Seine gestörte Identität bedarf einer Neubestimmung. Da Identität aber vor allem Produkt sozialer Interaktion ist, braucht der Kranke die Hilfe 'signifikanter Anderer', um sein 'Selbst' im Verhältnis zur Umwelt neu zu realisieren. Er muß sich von anderen sagen lassen, was mit ihm ist; er muß mittels symbolischer Interaktion seine Positionen neu bestimmen (164).

Die Neufindung eines akzeptierten Selbstbildes muß als ein wichtiges Moment bei allen chirurgischen Eingriffen betrachtet werden, bei denen der Körper des Patienten nach außen sichtbar oder in der Bewertung des Patienten verändert oder gar verstümmelt wird. Entscheidend ist dabei für die Identität, welche Bedeutung dieser Veränderung durch den Patienten und seiner Umgebung beigemessen wird. Es wäre erstrebenswert, daß diese wichtige Tatsache von dem behandelnden Chirurgen erkannt würde, um im Rahmen ärztlicher Aufklärung einen ersten Beitrag für die Selbstfindung des Patienten zu leisten, da andererseits die Bedrohung durch die Krankheit zwar ausgesetzt wäre, aber der Patient sein weiteres Dasein in unakzeptierter Weise fortführen müßte. (165)

Mit der Information der ärztlichen Aufklärung, durch die der

Arzt dem Patienten seine Vorstellungen über das'Weitergehen' eröffnet, kann der Patient wieder neu Zukunftsperspektiven entwickeln, die sein Leben tragen und bestimmen. "Ohne Fixpunkte ist unmöglich, Pläne zu schmieden", schreibt Pflanz in seinem für den Hintergrund ärztlicher Aufklärung außerordentlich wichtigen Artikel: "Die Zukunftsperspektive in der Medizin - Krankheit und Hoffnung" (166).

Präventive Möglichkeiten ärztlicher Aufklärung liegen vor allem dort, wo es sich bei der multifaktoriellen Genese der Krankheiten (167) um solche Faktoren handelt, die auf eine falsche Lebensweise zurückzuführen (168) und mit der Mitarbeit eines "aktiven Patienten" zu bewältigen sind (169). Liegen die ursächlichen Faktoren dagegen überwiegend in der sozialen Umwelt (170), in der Familie (171), dem Streß des Arbeitsplatzes und seinen Bedingungen (172), in tiefergreifenden Persönlichkeitsstörungen sowie in inneren und äußeren vom Patienten nicht beeinflußbaren Größen, zeigt sich die Grenze ärztlicher Aufklärung.

Aus dem Gesagten sollen noch einmal die für die ärztliche Aufklärung wesentlichen Folgerungen genannt werden:

1. Aufklärung wirkt sich auf das Befinden des Patienten aus und hat damit mittelbaren Einfluß auf die Erkrankung selbst (173).
2. Da das Eintreten der Krankheit vom subjektiven Befinden des Patienten abhängt, ist es notwendig, das subjektive Befinden auch im Hinblick auf eine angemessene Aufklärung zu beachten.
3. Diagnosen als Zwischenbegriffe ärztlicher Erkenntnis helfen dem Patienten bei entsprechender Übermittlung sich zu orientieren.
4. Selbstbild und Zukunftsperspektive werden durch Krankheit gestört, ärztliche Aufklärung kann hier für die Neubestimmung der Identität eine wichtige Hilfe sein.

I.4.2.2. Der Patient in der Klinik

Pflanz et al. konnten zeigen, daß der sich-Krankfühlende oft,

bevor er den Weg zum Arzt einschlägt, das sog. "Laiensystem", die Familie, die Nachbarschaft usw. zuerst konsultiert (174). Hier versucht der Kranke, eine Vorklärung zu erreichen. Dies schieht wahrscheinlich einmal, um das Unwohlsein genauer zu differenzieren und durch den Vergleich mit den Symptomen anderer die Dimensionen und Konsequenzen seiner Erkrankung zu klären sowie sich der Unterstützung der Umgebung zu vergewissern. Zum anderen könnte es als vorläufige Abwehr gedeutet werden, den Arzt aufzusuchen, weil die Krankheit dadurch einen offizielleren Charakter bekommt und der Besuch mit verschiedenen Unannehmlichkeiten verbunden ist. Auch die Angst vor dem Krankwerden (175) scheint das Meiden einer offiziellen Bestätigung der Krankheit durch den Arzt, zumindest vorübergehend, zu verursachen. (176) Der sich krankfühlende Mensch versucht, sich in die Rolle eines Kranken einzufinden, was nicht unwesentlich von seiner Krankengeschichte und der Bedeutung, die er dem Kranksein beimißt, beeinflußt wird (177).

Die Überweisung eines Patienten in eine Klinik deutet diesem an, daß es sich um eine gravierendere, 'bedeutungsvollere' Krankheit handeln muß, weil hier selbst der Hausarzt nicht mehr weiterhelfen kann. "Die Aufnahme in das Krankenhaus", schreibt Engelhardt, "bedeutet für den Kranken eine ambivalente Situation. Er wünscht und schätzt die besseren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, zugleich wird er aus einer ihm vertrauten Umgebung herausgerissen und in ein ihm fremdes, von Sachzwängen bestimmtes Milieu versetzt. Wie der Kranke mit seinem Beschwerdebild, seinem Verhalten und zahlreichen Organfunktionen auf diese neue Umwelt reagiert, hängt von zahlreichen Faktoren ab, z.B. von seiner Persönlichkeit, der Biografie, nicht zuletzt aber von Krankenhausfaktoren selbst." (178) Die problematische Bedeutung der Hospitalisierung für den Patienten wird von Rohde in drei Thesen formuliert: "These I: Hospitalisierung bedeutet für den Patienten allemal psychosoziale Entwurzelung.....
These II: Hospitalisierung bedeutet für den Patienten allemal relative Entpersönlichung.....
These III: Hospitalisierung bedeutet für den Patienten relative Infantilisierung....." (179)

Gegen die letzte These, das Regressionstheorem, das dem Patienten vor allem die kindlichen Verhaltensweisen des Hilfe- und Schutzsuchens zuschreibt (180), wendet sich Siegrist, um dem dazu komplementären Verhalten des Arztes vorzubeugen, der im Patienten dann nur den kindlich bhängigen, an wirklicher Information wenig interessierten sieht (181). Siegrist hält das Regressionstheorem letztlich für das Produkt ärztlicher Definitionsprozesse, wodurch der Patient praktisch für nicht aufklärungsfähig erklärt würde (182).

Ausgehend von der wissenssoziologischen Lehre, zu deren Ausarbeitung der symbolische Interaktionismus einen wesentlichen Beitrag geleistet hat, konstatiert Siegrist, "daß soziale Beziehungen und Befindensweisen in ihrer Stabilität und Problemlosigkeit auf einer Reihe vorbewußter kognitiver Konstruktionen basieren. Diese Konstruktionen werden durch die Teilhabe sozialisierter Individuen an der alltäglichen Lebenswelt verstärkt und auch subjektiv plausibel gemacht." (183) Durch die Hospitalisierung aber wird die Interaktion des Patienten mit seiner Alltagswelt stark eingeschränkt, sein als 'Selbstverständliches' erlebter Leib ist fragwürdig geworden. "Die Idealisierungen des 'und so weiter' und des 'ich kann immer wieder' verhindern eine Habitualisierung des Erlebnis- und Erfahrungsstils, dem der Patient nunmehr ausgesetzt ist." (184) Deshalb schlägt Siegrist vor, im Zusammenhang mit stationären Patienten von einer "kognitiv desorganisierten Person" zu sprechen, und entwirft vier von speziellen Persönlichkeitsmerkmalen unabhängige Verhaltenstypen:

1. Verlust der Selbstkontrolle, die als eine Hemmung der Fähigkeit zur Selbst-Distanz gedeutet werden kann.
2. Erhöhte Sensibilität und Empfindlichkeit.
3. Es wird angenommen, daß der Patient in der Regel ein Bedürfnis nach "thematisch relevanter Information" über seine Krankheit hat und daß darin die Möglichkeit zu teilweiser Überwindung der "kognitiven Desorganisation" gegeben ist (185).
4. Egozentrische bzw. subjektive Wahrnehmung (186).

'Kognitive Desorganisation' als Kennzeichnung des Verhaltens

hospitalisierter Kranker kann als Reaktion auf den Kontinuitätsabbruch seiner Alltagswelt und seines Selbstentwurfes gewertet werden. Obwohl die Rolle des stationären Patienten in ihrer Anlage eine vorübergehende ist, müssen die entsprechenden Verhaltensweisen für das Krankenhaus erst in einer Art Sozialisationsprozeß erworben werden (187).

In der Regel ist der Patient anfangs verunsichert, wie jeder, der sich mit einer Institution neu auseinandersetzen muß, weil er noch nicht weiß, wie er sich am besten verhalten soll (188). Erklärungen können hier das Einfinden erleichtern. Die Situation des Patienten scheint geradezu dadurch zu charakterisieren zu sein, daß sich der Patient ständig neu in solche wechselnden Vorgegebenheiten einfinden muß, die er unter normalen Umständen, wenn er frei wählen könnte, meiden würde - wie den Eingriff in die Körpersphäre,von der Blutabnahme bis zur Operation (bei der sogar sein Bewußtsein künstlich ausgeschaltet wird) oder das Durchstehen peinlicher Situationen (189).

Von einem Patienten wird in ganz besonderer Weise Vertrauen verlangt, ja es besteht geradezu ein Vertrauenszwang - was viele Patienten auch direkt äußern. Der Patient steht nämlich vor der harten Alternative, im Vertrauen auf die Chance der Therapie angstbesetzte Eingriffe zuzulassen oder auf diese Hilfe zu verzichten. Der Vertrauenszwang ist hier insofern ein besonderer, als die Alternative in ungewohnter Umgebung stärker bewußt wird als im normalen Alltagsleben, wo sich etwa ein Autofahrer auch vertrauend in sein Auto setzt, ohne daß ihm ein Risiko so bewußt würde.

Schließlich scheint die allgemeingültige Dankbarkeitsverpflichtung nicht minder für die Institution Krankenhaus zu gelten, wodurch das Verhalten der Kranken erheblich beeinflußt wird. Im Alltagsleben gilt es als selbstverständlich - als gesellschaftliche Übereinkunft -, daß sich jemand, der Hilfe empfängt, dem Helfer dankbar zeigt, um anzudeuten, daß er der Hilfe würdig war. Ein Undankbarer begibt sich in Gefahr, daß ihm die entsprechende Hilfe nicht mehr zuteil wird.

Man zeigt seine Dankbarkeit durch Gesten und Symbole, die die eigene Unterwürfigkeit ausdrücken sowie durch Geschenke, die anzeigen, daß man dem anderen etwas von sich abgibt oder sich dem anderen symbolisch übergibt. Im Krankenhaus scheint es nun häufig so, als würden die Dankbarkeitsgesten vorweggenommen, um so der Hilfe des Arztes sicher zu sein. Als Folge der Dankbarkeitsverpflichtung bemüht sich der Patient um ein Verhalten, von dem er meint, es sei besonders erwünscht und störe wenig. Gleichzeitig wird natürlich auch durch die vorweggenommene Dankbarkeitsverpflichtung der Arzt zur Hilfeleistung verpflichtet (190).

Noch ein weiterer maßgeblicher Punkt für die Situation des Patienten muß bei der ärztlichen Aufklärung bedacht werden. Der Patient ist Mittelpunkt eines auf ihn bezogenen Interaktionssystems, das aus seinen Angehörigen, den Besuchern und seinen Mitpatienten besteht. Diese alle nehmen auf die Bedeutung Einfluß, die der Patient einem Symptom, einer Untersuchung oder einer bestimmten Vorgehensweise des Arztes beimißt. Der Vergleich mit den Krankheitserfahrungen seines Interaktionssystems beeinflußt die Selbstdefinition des Patienten (191). Unklare Äußerungen des Arztes werden dabei gedeutet, offengebliebene Fragen werden strukturiert und eingeordnet. Man macht sich gemeinsam ein Bild davon, wo man 'dran' ist. Denn eine mehrdeutige, d.h. unklare Interpretation einer Situation läßt eine geschlossene Handlung oder einheitliches Verhalten nicht zu, weil diese durch die Zweifel an den verschiedenen Deutungen ständig gestört würden. Die Mehrdeutigkeit ist deshalb ein unbefriedigender Zustand, der nur vorübergehend unter Anstreben von Eindeutigkeit akzeptiert werden kann. Um hier Fehlinterpretationen und unangemessene Selbsteinschätzungen zu vermeiden, um die 'kognitive Desorganisation' zu reduzieren und dem Patienten dabei zu helfen, sich in die verschiedenen Situationen des Krankenhauses einzufinden, braucht der Patient die orientierende Information der ärztlichen Aufklärung. Eine angemessene, d.h. hinreichende und verständliche Aufklärung kann aber nur in entsprechenden Interaktions- und Kommunikationsprozessen zwischen Arzt und Patient ausgehandelt werden.

I.5. Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient

I.5.1. Der Kommunikationsbegriff

Der Begriff der Kommunikation wird nicht einheitlich gebraucht. Einmal wird Kommunikation als "Austausch von Gedanken mittels Sprache, allgemein auch: mittels Sprache funktionierender sozialer Verkehr" (192) aufgefaßt, zum anderen soll Kommunikation alle Verhaltensformen einschließen, "durch die eine Gruppe ihre Beziehung formt, aufrechterhält, korrigiert, integriert und miteinander vermittelt." (193) Haseloff schließlich sieht den Begriff Kommunikation noch allgemeiner. Ihm zufolge sind alle offenen Systeme wie Pflanzen, Tiere, Menschen und sogar kybernetische Maschinen befähigt, zu kommunizieren (194). "Dabei konstituieren sich Kommunikation und Interaktion stets über Informationsprozesse." (195) Diese Informationen werden über "Anzeichen" entweder als 'natürliche Zeichen' oder über Zeichen mit sozial festgelegten Bedeutungen ausgetauscht. Dieser Austausch ist Kommunikation, wobei das aktive und wechselseitige Vorgehen durch den Begriff Interaktion näher charakterisiert wird.

Es liegt im Interesse der Arbeit, einen solchen Kommunikationsbegriff zu wählen, der den ärztlichen Eingriff integrieren kann, um die Einheit des therapeutischen Vorgehens - des praktischen Eingriffs und der verbindenden Aufklärung - herauszustreichen (196). So kann die Operation, ja der ärztliche Eingriff allgemein, als ein Netzwerk aus sensorischen und motorischen Kommunikationsprozessen begriffen werden (197). Weil der Arzt seine naturwissenschaftlich-technische Kompetenz und seine entsprechenden Fertigkeiten um des Patienten willen gebraucht - oder gebrauchen sollte -, deshalb ist eine weitere Kommunikationsform für das Arzt-Patient-Verhältnis sehr wesentlich: die sprachlich-symbolische. Durch diese Form wird es möglich, daß wie auf einer 'inneren Bühne' potentielles Handeln innerhalb eines "internen Modells der Außenwelt" probeweise vorweg vollzogen werden kann (198). Dadurch gewinnen Arzt und Patient eine Vorstellung von dem zu Erwartenden und können sich darauf einstellen.

Eine Begegnung zweier Kommunikationspartner entsteht aufgrund bestimmter Motivationen und Ziele, die aufeinandertreffen. Die Absichten werden mittels verbaler oder nonverbaler Signale oder durch die Situation selbst übermittelt (199). Deshalb erfolgt die gegenseitige Wahrnehmung der Absicht entsprechend zunächst einmal selektiv (200). Der sich-Krankfühlende kommt zum Arzt, um von seinem Unwohlsein befreit zu werden; der Arzt nimmt bestimmte Symptome wahr, die auf ein erkranktes Organ oder System hindeuten.

I.5.2. Die Bedeutung und Deutung des ärztlichen Eingriffs

Aus der unterschiedlich selektiven Wahrnehmung des Erkrankten ergibt sich auch, daß derselbe 'Kommunikationsgegenstand' für Arzt und Patient eine unterschiedliche Bedeutung hat. Aus den Reaktionen der Patienten auf ärztliche Eingriffe und aus ihren Äußerungen über diese Reaktionen wird deutlich, daß Eingriffe für den Patienten zunächst die 'natürliche' Bedeutung eines Angriffs auf das "Selbst" haben. Denn das "Selbst" zeigt seine Präsenz in der Leiblichkeit (201).

Zwar ist Körperkontakt die ursprünglichste Form sozialen Verhaltens, doch bleibt sie in der Regel größeren Vertrautsheitsgraden und intensiveren Beziehungen vorbehalten. Rauhere Arten körperlichen Kontakts, bei denen u.U. Schmerzen oder gar Verletzungen zugefügt werden, bedeuten normalerweise Aggression, Gewalt, Bedrohung und Gefährdung (202). Schon ein versehentliches Berühren oder Schmerzzufügen - jemand tritt z.B. einem anderen unwillentlich auf den Fuß - muß in unserem sozialen Kontext durch eine Entschuldigung gedeutet werden. Durch die Entschuldigung wird die 'natürliche' Bedeutung der Aggression sozial umgedeutet.

Wenn der ärztliche Eingriff in seiner 'natürlichen' Bedeutung für den Patienten einen Angriff darstellt, dann bedarf er einer sozialen Umdeutung und Vermittlung durch die Sprache. Denn die Ausnahmesituation, daß ein Mensch einem anderen bewußt einkalkulierten Schmerz oder sogar vorübergehenden Schaden zufügen darf, verlangt nach einer Definition. Diese ge-

schieht einmal durch die allgemein rechtliche Regelung des ärztlichen Eingriffs, zum anderen im speziellen Fall durch die ärztliche Aufklärung. Ärztliche Aufklärung deutet innerhalb der situativen Gegebenheiten die 'natürliche' Bedeutung des ärztlichen Eingriffs sozial um und stellt ihn als eine helfende Geste heraus.

Ist dem Patienten durch die Erklärung auf sprachlich-symbolischer Ebene der helfende Aspekt des ärztlichen Eingriffs verständlich geworden, dann wird es ihm auch leichter fallen, den Eingriff zu befürworten und ihn durch seine Mitarbeit zu unterstützen. Wenn Angst und Unsicherheit - die Resultate der 'natürlichen' Bedeutung des ärztlichen Eingriffs - durch die soziale Umdeutung bei der Aufklärung auch nicht aufgehoben werden können, so kann durch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient doch eine gewisse Sicherheit für den Patienten erzeugt werden. "Wenn man in gefährlicher Situation ist, schafft sie (die Kommunikation) auch Sicherheit, die Sicherheit, daß andere sozusagen mit dabei sind und am Erfolg und Risiko teilnehmen, im Notfall auch helfen können." (203)

I.5.3. Kommunikationsaxiome und ärztliches Gespräch

P. Watzlawick et al. legen der menschlichen Kommunikation fünf pragmatische Axiome zugrunde, die hier auf einige Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung angewandt werden sollen (204).

1. Axiom: "Man kann nicht nicht kommunizieren." (205)
In einer für ihn unangenehmen Situation kann der Arzt allzuleicht vergessen, daß er, auch wenn er den Umgang oder das Gespräch mit einem bestimmten Patienten meidet, dessen Interpretationen nicht entgehen kann. So kann das Meiden von Patienten mit infauster Prognose, denen man keine schlechte Nachricht überbringen will, geradezu die Deutung provozieren, die man durch sein Verhalten zu umgehen versuchte.

2. Axiom: "Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, daß letzterer den ersteren bestimmt unddaher eine Metakommunikation ist." (206) Bei der Kommunikation über den Inhaltsaspekt-Krankheit - wird auch der Beziehungsaspekt der Partner zueinander und zum Inhalt offenbar. Wie das Gesprochene aufgefaßt und interpretiert werden soll, wird durch die Situation, den gewählten Satzbau, den Tonfall, die Gestik usw. vermittelt. Der Beziehungsaspekt als Erklärung des Inhaltsaspektes stellt eine "Kommunikation über die Kommunikation" auf einer anderen Ebene dar (207), d.h. eine Metakommunikation.

3. Axiom: "Die Natur einer Beziehung ist durch Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt." (208) Am Beispiel der Operation als einer Interaktion zwischen Operateur und Organismus des Patienten wurde durch eine ungewöhnliche Interpunktion ein besonderer Aspekt dieser Beziehung hervorgehoben. Im allgemeinen wird die 'Natur' dieser Beziehung jedoch durch die umgekehrte Interpunktion charakterisiert. Die Interpunktion des aktiven Verhaltens des Arztes und des darauf reaktiven Verhaltens des Patienten kennzeichnet überhaupt den Charakter der Arzt-Patient-Beziehung. Durch einen zumindest partiellen Interpunktionswechsel könnte die Beziehung im Hinblick auf eine angemessene Aufklärung neugestaltet werden.

4. Axiom: "Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehung unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eindeutige Kommunikation erforderliche Syntax." (209) Dieses vierte metakommunikative Axiom trifft die Unterscheidung zwischen den digitalen Modalitäten ärztlicher Fachsprache und den mehr analogen einer ärztlichen Aufklärung des Patienten. Der Patient braucht vor allem eine analoge Kommunikation, um die für ihn wichtigen Beziehungen zu erkennen. Bei der Übertragung digitaler in analoge Moda-

litäten muß zwangsläufig ein Informationsverlust akzeptiert werden, der aber der Angemessenheit ärztlicher Aufklärung für den Patienten letztlich zugutekommt.

5. Axiom: "Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht." (210) Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist ganz offensichtlich durch die Komplementarität der Partner definiert. Dabei kommt dem Arzt die führende, dem Patienten die dazu komplementäre Rolle zu. Die Positionen von Arzt und Patient bedingen sich wechselseitig. Ein solches wechselseitiges Verhältnis zweier aufeinander bezogener Partner, bei der sich das Verhalten des einen Partners aus der Erfahrung des Verhaltens des anderen Partners ergibt, soll mit dem Begriff "Dyade" belegt werden (211). Die Gesamtheit der Dyade stellt dabei etwas qualitativ anderes dar als aus der Summierung beider Einzelteile erschließbar wäre. Die Dyade ist die Grundeinheit der Arzt-Patient-Beziehung. Ihre Einheit und Dynamik realisiert sich durch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Nach Wesiack ist das ärztliche Gespräch die "umfassende Klammer", die ärztliches Tun zusammenhält (212); es gibt dem ärztlichen Eingriff die soziale Komponente. Auf verschiedenen Ebenen wird mit dem ärztlichen Gespräch Information ausgetauscht, denen Wesiack die folgende Typologie gibt:

1. "Objektive Informationen. Es sind die Mitteilungen von grundsätzlich nachprüfbaren Fakten.....
2. Subjektive Informationen. Es handelt sich um Anzeichen dafür, wie bestimmte Fakten.....subjektiv erlebt werden....
3. Szenische Informationen. Damit sind Informationen gemeint, die uns vorwiegend unwillkürlich durch das Verhalten.....vermittelt werden" (213).
4. Diese Typologie kann noch durch die situations- und statusbedingten Einflüsse sämtlicher Informationen ergänzt werden. Darunter fällt insbesondere der gesellschaftlich-institutionelle Rahmen (214).

I.5.4. Die kommunikative Funktion der Sprache

Das wichtigste Kommunikationsvehikel des ärztlichen Gesprächs und damit der ärztlichen Aufklärung ist die vokale Geste, ist die Sprache. In Anlehnung an den Interaktionismus formuliert Siegrist drei allgemeine Grundfunktionen der Sprache, die sie im gesellschaftlichen Leben erfüllt:

1. Sprache definiert gesellschaftliche Wirklichkeit. Gemeinsame Sicht der Wirklichkeit können Interaktionspartner durch Verwendung gleicher sprachlicher Symbole ausdrücken. Sprache ist also sowohl Grundlage intersubjektiver Verständigung wie auch die Basis für Institutionalisierung und Tradierung sozialer Ordnungen.
2. "In ontogenetischer Sicht bildet der kommunikative Kontakt zwischen signifikanten Personen.... nicht nur die Voraussetzungen für kognitives Lernen und 'Verinnerlichen' sozial vorgegebener Bedeutungsmuster, sondern auch für die Herausbildung eigener Identität und für die Befähigung zu reaktionsoffenem sozialen Austausch."
3. In der alltäglichen Interaktion ist Sprache ein Mittel zur Orientierung und Steuerung der Wirklichkeit. Sie macht es den Interaktionspartnern möglich, durch den Austausch subjektiver Absichten unbekannte Situationen zu strukturieren und in Bekanntes einzuordnen. Sie entlastet und differenziert dadurch zwischenmenschliche Kontakte. (215)

Chomsky, auf den das Konzept der generativen Transformationsgrammatik zurückgeht, konstatiert, daß die Oberflächenstruktur eines gesprochenen Satzes mittels Transformationsgrammatik aus einer Tiefenstruktur abstrakteren Charakters gewonnen bzw. generiert wird (216). Dabei umfaßt die Tiefenstruktur ein wesentlich größeres Feld von Beziehungen, als durch den gesprochenen Satz tatsächlich angegeben wird. Die Transformationsgrammatik kann dabei als ein formales Regelsystem betrachtet werden "zur Überführung abstrakter Einheiten und Strukturen in die Einheiten und Strukturen des konkreten Vorkommens der betreffenden Sprache" (217). Aufgrund der generativen oder auch krea-

tiven Potenz ist es einem Sprecher/Hörer durch ein so geartetes begrenztes Regelsystem möglich, eine theoretisch unendliche Anzahl von Sätzen zu generieren, d.h. es ist einem Menschen möglich, Sätze seiner Muttersprache hervorzubringen, die er nie zuvor gehört oder gelernt hat. Ebenso ist er in der Lage, solche Sätze zu verstehen. Die Fähigkeit eines Sprechers/Hörers "Sätze seiner Sprache zu bilden und zu verstehen, das heißt eine potentiell unendliche Menge von Ausdrucksstrukturen einer potentiell unendlichen Menge von Inhaltsstrukturen zuzuordnen", nennt man Sprachkompetenz (218). Unter Performanz wird dagegen der Gebrauch verstanden, den der Sprecher/Hörer von seiner Kompetenz macht.

Die Bedeutung eines Ausdrucks wird in dem Maße von zwei Partnern ähnlich verwandt, wie sie der gleichen Kultur- und Sprachgemeinschaft angehören (219). Ein Ausdruck wird dabei allgemein nicht für sich isoliert, sondern in einem differenzierten Situationszusammenhang und Verwendungskontext gebraucht, der seine Bedeutung weiter spezifiziert und eingrenzt (220).

"Gesellschaftlich organisierte Wissensbestände, auf die sich der Sprecher - Hörer stützt, weil sie zu den kulturellen Fähigkeiten gehören, die er sich als Gesellschaftsmitglied erworben hat, gehen in die linguistische Theorie nicht als variable Bedingungen der Bedeutungsbestimmung ein, sondern werden als 'gegebene' Elemente von Sprachkompetenz und Sprachgebrauch vorausgesetzt." (221) Auf diesem Hintergrund der nichtvariablen Bedingungen der Bedeutungsbestimmung kann die "Muttersprachlichkeit", die gleiche Kulturgemeinschaft, als wichtigster Punkt einer Theorie der "kommunikativen Kompetenz" begriffen werden (222). Auf Einzelheiten der generativen Semantik Cicourels und der Ethnomethodologie kann in diesem Rahmen nicht weiter eingegangen werden, obwohl damit weitere Aspekte ärztlicher Aufklärung aufgedeckt werden könnten.

Ein Kulturkreis, eine Sprachgemeinschaft ist nun kein homogener Block, sondern zeichnet sich durch verschiedene Substrukturen aus. So fand B. Bernstein, daß Mitglieder der sozialen

Unterschicht einen mehr "restringierten Sprachcode" benutzen im Unterschied zum "elaborierten Code" der Mittelschicht (223). Substrukturen eines Kulturkreises sind also auch durch einen z.T. unterschiedlichen Sprachcode bestimmt. "Eine Gruppe sprechender Menschen, die sich der gleichen Sprachvariante bedienen, sprechen den gleichen Dialekt." (224) Dieser Sozial-Dialekt oder auch 'Soziolekt' (Gruppensprache) kann noch einmal vom 'Idiolekt', der Individualsprache, unterschieden werden.

Der Unterteilung der Sprache in 'Idiolekt' und 'Soziolekt' ordnet P. von Polenz eine Dreiteilung der Sprachfunktion in kognitive - Sprache als Mittel des Denkens - in pragmatische - Sprache als Mittel des internationalen kommunikativen Handelns - und in symptomatische - Sprache als Mittel des nichtintentionalen Sprachverhaltens - Funktionen zu (225). Von diesen Zuordnungen sind für die ärztliche Aufklärung vor allem die pragmatisch-soziolektale und die symptomatisch-soziolektale Sprachfunktion von Bedeutung.

In Anlehnung an Halliday's linguistische Theorie streicht L. von Ferber die Situationsabhängigkeit der Sprache heraus: "Dem Sprecher steht in jeder Situation ein bestimmtes Register seines Dialektes zur Verfügung." (226) Auch die ärztliche Sprechstunde ist eine Situation, die ein besonderes Register der Partner erfordert. Dabei kann aber davon ausgegangen werden, daß sich die Sprechstundenregister von Arzt und Patient ähnlich unterscheiden wie ihre Sozialdialekte. L. von Ferber untersucht in einer sprachsoziologischen Analyse - unter Voraussetzung unterschiedlicher Sprachebenen und Register von Arzt und Patient - inwieweit eine Konkordanz zwischen der Patientenangabe über die Krankheit und der ärztlichen Diagnose besteht. Dabei stellt die Autorin fest, daß bei Unfällen, chirurgischen Erkrankungen und Venenerkrankungen eine besonders gute Verständigung zwischen Arzt und Patient gewährleistet ist, weil hier der Patient dem Arzt durch außersprachliche Gesten zeigen kann, wo er Beschwerden hat und welcher Art diese sind (227).

Für die ärztliche Aufklärung ist hier festzuhalten, daß bei topographischen Bezeichnungen eine Konkordanz besonders leicht

herzustellen ist, Dazu schreibt L.v.Ferber in einer andern Arbeit: "Es zeigt sich also, daß der gemeinsame Bezugsrahmen für Arzt und Patient die Topographie ist. Es ist ein Strukturmerkmal. Strukturmerkmale sind geltungsabhängig, sie werden in jedem Sozialdialekt verstanden. Das Qualitätsmerkmal ist dagegen ein Geltungsmerkmal, denn die Qualität der Beschwerden wird von Arzt und Patient häufig unterschiedlich eingeschätzt." (228)

Wenn Arzt und Patient einen unterschiedlichen Sozialdialekt gebrauchen, so besteht eine gewisse Sprachbarriere zwischen ihnen, die überbrückt werden muß, damit eine angemessene ärztliche Aufklärung zustandekommt. Einschränkend aber sollte bedacht werden, daß der Gebrauch der Sprache - die Performanz - nicht gleichbedeutend mit der Kompetenz ist. Es scheint daher die Annahme berechtigt, - weil der passive Sprachschatz immer größer ist als der aktive - daß der Patient vom Sozialdialekt des Arztes mehr versteht als er selbst gebraucht.

Basis einer Verständigung zwischen Arzt und Patient bei der Aufklärung bildet also der gemeinsame Kultur- und Sprachraum - die Muttersprachlichkeit - sowie der besondere Kontext der Arzt-Patient-Beziehung, der die Sprachbedeutungen weiter eingrenzt. (229) Daß eine Verständigung bei unterschiedlichem Gebrauch der Sozialdialekte und damit bei verschiedenen Systemen normativer Regeln möglich ist, hängt so mit den universalen Basisregeln der Kommunikation in einer Sprachgemeinschaft zusammen (230). Aufbauend auf dem Gemeinsamen der kulturellen Verbindung können über schon 'signifikante Symbole' weitere durch Interaktion 'signifikant' werden. Topographische Bezeichnungen, lokalisierende Gesten, virtuelle Handlungen können hier ganz wesentlich die Verständigung fördern. Dabei ist die Metakommunikation, d.h. die Kommunikation über die Kommunikation ("Was ist damit gemeint?") die Grundtechnik, mit der eine bessere Verständigung erreicht wird.

"Verstehen" definiert Laing methodisch, als das Kennen der Ansicht des Kommunikationspartners zu einem bestimmten Sachverhalt (231). Wie schon gezeigt, definierte Siegrist in diesem Zusammenhang 'Consensus'

auf der Grundlage der 'reflexiven Ko-Orientierung', die mit der zweiten Stufe der Metakommunikation gleichgestellt werden dürfte (232). Bei der reflexiven Ko-Orientierung zweier Kommunikationspartner wird im Gespräch apriori durch den tentativen Vorgriff auf die Gesamtgestalt des Übermittelten eine Idealisierung vorgenommen, wodurch die Verständigung ermöglicht wird (233).

Das völlige Verstehen zweier Interaktionspartner, d.h. die völlige Übereinstimmung ihrer Perspektiven auf den verschiedenen Meta-Ebenen, muß als ein transempirischer Idealzustand gewertet werden, der, zwar ständig angestrebt, doch sicher nicht erreichbar, einen Motor sozialen Lebens darstellt.

I.6. Die ärztliche Aufklärung

I.6.1. Die Basis der Aufklärung

Wie in den ersten Abschnitten gezeigt wurde, hat die ärztliche Aufklärung zwei miteinander zusammenhängende Grundlagen:

1. Die anthropologische Grundlage - auf dem Boden des anthropologischen Freiheitspostulats wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten formuliert.
2. Die pragmatische Grundlage - Aufklärung deutet und begleitet das ärztliche Vorgehen (234). Die pragmatische Grundlage ärztlicher Aufklärung wird also als Deutung, Begleitung und Vermittlung der Therapie begriffen.

Von ihrem pragmatischen Hintergrund und den vom symbolischen Interaktionismus gezeigten Konsequenzen her kann es bei der ärztlichen Aufklärung nicht mehr um die Mitteilung einer "Wahrheit" im ontologischen Sinne gehen, wie dies besonders für die Grenzfragen ärztlicher Aufklärung immer wieder thematisiert wurde, sondern um die ausgehandelte Verständigung, um einen Konsensus über den Sachverhalt der Aufklärung (235). Die Übereinkunft als Grundlage ärztlicher Aufklärung stellt das Ziel dar, das entscheidender Motor ärztlicher Aufklärung ist.

I.6.2. Die pragmatische Zielsetzung der Aufklärung

Die ärztliche Aufklärung ist, eingebettet in das ärztliche Gespräch, Teil der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Sie stellt die Information dar, die der Arzt dem Patienten in bezug auf dessen Krankheit und Konsequenzen übermittelt. Definitionsgemäß ist der Arzt der sendende, aktive Partner, während der Patient der empfangende, passive Partner der Kommunikationsform - Aufklärung - ist. Es sollte aber aus dem bisher Gesagten deutlich geworden sein, daß sich die Aufklärung nicht isoliert betrachten läßt, sondern daß eine sinnvolle angemessene Aufklärung Teil wechselseitiger Kommunikationsprozesse darstellt, bei dem sich die Partner aneinander orientieren und versuchen, auf einander einzustellen. Die pragmatische Grundlage ärztlicher Aufklärung als Deutung, Begleitung und Vermittlung der Therapie weist schon auf die pragmatische Zielsetzung hin. Als klinische Zielsetzungen einer erfolgreich übermittelten ärztlichen Aufklärung wollen wir als Ergebnis des bisher Gesagten nennen:

1. Ein zufrieden informierter Patient
2. Mitarbeitsbereitschaft des Patienten
3. Ein positiver Einfluß auf den Krankheitsverlauf (236).

Diese Zielsetzung kann durch den Einfluß einer besseren Informationsvermittlung, so wird vorausgesetzt, erreicht werden. Dabei muß beachtet werden, daß die Information auf der Grundlage ihrer sozialen Bedeutung für den Patienten übermittelt wird. Ärztliche Aufklärung kann dann als angemessen gelten, wenn die o.g. Ziele erreicht sind. Dabei kommt der ersten Zielsetzung eine gewisse Schlüsselstellung zu, von der die anderen beiden abhängen. Denn die Mitarbeitsbereitschaft und der positive Einfluß auf die Krankheit dürften wesentlich von der Zufriedenheit des Patienten über die Information bzw. Aufklärung abhängig sein. Sollte der Patient nicht zufrieden informiert worden sein, dann dürfte auch die Aufgeschlossenheit zur Mitarbeit sowie der damit verbundene positive Einfluß auf die Krankheit reduziert sein. Für eine angemessene Strategie ärztlicher Aufklärung ist von daher der zufrieden informierte Patient ein wesentliches Kriterium.

I.6.3. Die Dimensionen der Aufklärungsfunktion

Wenn man von ärztlicher Aufklärung spricht, dann isoliert man etwas, was 'organisch' in das Gespräch zwischen Arzt und Patient eingebettet ist. Das Isolat ist dann die Information, die der Arzt dem Patienten übermittelt. Mit der Informationsübermittlung beabsichtigt der Arzt ganz Bestimmtes, die Informationsübermittlung hat eine aktive Funktion im Arztverhalten: Der Arzt will mit dem Patienten Kontakt aufnehmen, will ihm etwas mitteilen und ihn anleiten, will dem Patienten etwas erklären. Der Patient als Empfänger der Information übernimmt in seinem Verhalten bestimmte aufnehmende Funktionen, die hier passiv genannt werden sollen: Der Patient stellt sich auf das Arztverhalten ein, er erwartet ganz bestimmte Übermittlung und reagiert auf das Verhalten des Arztes und den Inhalt der Aufklärung. Unter Berücksichtigung der speziellen Verhaltensweisen bei der Aufklärung hinsichtlich der Gesten und des Sprechens lassen sich für den Arzt als dem Sender so eine aktive, für den Patienten als dem Empfänger eine passive Aufklärungsfunktion unterscheiden. Diese wiederum sollen, um die ärztliche Aufklärung weiter zu differenzieren und strukturieren, verschiedene Dimensionen haben.

A) Aktive Aufklärungsfunktion (Senderfunktion)

a) Schaffung eines Aufklärungsrahmens. Hierunter sollen alle die Verhaltensweisen des Arztes gefaßt werden, die dazu beitragen können, Kontakt aufzunehmen, das Gespräch zwischen Arzt und Patient zu fördern und damit einen positiven Rahmen für die Aufklärung schaffen können.

b) Mitteilung und Anleitung. Der Arzt teilt dem Patienten Daten und Fakten über dessen Krankheit mit und leitet ihn zur Mitarbeit an.

c) Erklärung. Der Arzt geht näher auf die Mitteilungen und Anleitungen ein, ermutigt den Patienten und erläutert ihm das Gesagte.

B) Passive Aufklärungsfunktion (Empfängerfunktion)

a) Haltung. Hierunter soll die Einstellung des Patienten gefaßt werden, die er zur Kommunikation mit dem Arzt über die Auf-

klärung besitzt.

b) Erwartung. Unter diesen Begriff soll das gefaßt werden, was der Patient im Hinblick auf die Mitteilungen und Erklärungen des Arztes zu wissen wünscht.

c) Reaktion. Damit soll das reaktive Verhalten des Patienten auf die ärztliche Aufklärung eingeschlossen werden.

Zur Untersuchung ärztlicher Aufklärung soll davon ausgegangen werden, daß diese aus einer Summe von Aufklärungsereignissen besteht. Diese Ereignisse werden durch das aufklärende Vorgehen des Arztes ständig vermehrt. Ob ein Aufklärungsereignis angemessen verlaufen ist oder nicht, hängt, wie oben gezeigt wurde, wesentlich von der geäußerten Zufriedenheit des Patienten ab. Dies Kriterium allein zeigt aber gewissen Schwächen: Der Patient könnte z.B. seine Zufriedenheit über ein Aufklärungsereignis äußern, das noch gar nicht stattgefunden hat. Ist der Patient darüber unzufrieden, daß ein erwünschtes Aufklärungsereignis noch nicht eingetreten sei, obwohl es sich schon ereignet hat, so darf dies als ein Zeichen unangemessener Aufklärung gelten, denn der Patient konnte ein bestimmtes Aufklärungsereignis nicht als solches identifizieren.

Zufriedenheit kann bei den Patienten durch die oben aufgezeigte Dankbarkeitsverpflichtung und den Vertrauenszwang geradezu herausgefordert werden. So erscheint als wesentlichstes Argument gegen Zufriedenheit als alleiniges Kriterium der Angemessenheit, daß bei nur subjektiver Beurteilung der Aufklärungsereignisse durch den Patienten auch nur der subjektive Aspekt, nicht aber der sachlich-fachliche Aspekt angemessener ärztlicher Aufklärung berücksichtigt wird. Dieser könnte nur durch den behandelnden Arzt eingebracht werden, der natürlich auch nur subjektiv den fachlich-sachlichen Aspekt vermittelt. Es würde auch die dargestellte Kommunikationseinheit (Dyade) von Arzt und Patient zur Geltung kommen, wenn das Kriterium für angemessene Aufklärung aus dem Vergleich zwischen Arzt- und Patientenäußerung zu einem bestimmten Aufklärungsereignis gewonnen würde.

Nun muß hinsichtlich des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten auch gewährleistet sein, daß der Patient zu einem Aufklärungsereignis eine andere Ansicht vertreten kann als der Arzt, obwohl er angemessen aufgeklärt worden ist. Deshalb erscheint als günstigstes Kriterium für die Feststellung der Angemessenheit: Die Kenntnis des Patienten von der Ansicht des Arztes zu einem bestimmten Aufklärungsereignis (hauptsächlich aktive Aufklärungsfunktion), das Verstehen von seiten des Patienten. Verstehen wird hier im Sinne Laings et al., wie oben dargestellt, gebraucht. Als Voraussetzung angemessener Aufklärung kann es angesehen werden, wenn der Arzt seinen Patienten zu bestimmten Aufklärungsereignissen versteht (hauptsächlich passive Aufklärungsfunktion).

Sollte sich also herausstellen, daß das Mißverstehen bei verschiedenen Aufklärungsereignissen einer Aufklärungsdimension besonders hoch ist, muß hier der Kommunikationsaufwand zwischen Arzt und Patient gesteigert werden, um innerhalb dieser Dimension die Aufklärung zu verbessern. Angemessenheit als möglichst geringe Mißverständnisrate mißt dabei eigentlich den Grad erreichter Stabilität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient in einer bestimmten Aufklärungsdimension. An einer Stichprobe von 50 Arzt-Patient-Dyaden einer chirurgischen Klinik sollen im empirischen Teil dieser Arbeit die Unterschiede zwischen den Aufklärungsdimensionen untersucht werden.

I.6.4. Kritische Aufklärungssituationen

In dieser Arbeit sollen vor allem die Möglichkeiten ärztlicher Aufklärung behandelt werden. Deshalb werden nur einige kritische Situationen erwähnt, ohne sie eingehender zu diskutieren. Wesentlich scheint, daß auch in Grenzfragen ärztlicher Aufklärung die Konsequenzen interaktionistischer Betrachtung beachtet werden und die Art und Weise ärztlicher Aufklärung auf dem Hintergrund sozialer Bedeutungszumessung vorrangig behandelt wird.

Für die erste kritische Situation der Aufklärung, der Mitteilung von Behandlungsrisiken, ist bedeutsam, daß der Arzt hier das Gewicht auf die Therapiechance legt, die er selbst dieser Vorgehens-

weise einräumt, und diese zum Gegenstand der Interaktion werden läßt. Denn es ist die Chance, die positive Möglichkeit, die den Arzt dazu veranlaßt, einen bestimmten therapeutischen Weg einzuschlagen. Ebenso ist es die Chance, in die der Patient einwilligt. Indem die positive Möglichkeit einer Therapie zum Interaktionsgegenstand gemacht wird, muß der Arzt selbst noch einmal den vorgeschlagenen Therapieweg rechtfertigen. Dadurch erhält er die Gelegenheit, seine Therapie zu überprüfen und ggf. aufgrund der ihm zukommenden Information durch den Patienten zu korrigieren. Erst in einer adäquaten Kommunikation kann ausgehandelt werden, welches Risiko gegenüber welcher Chance der Patient einzugehen bereit ist und der Arzt dementsprechend verantworten kann. Durch die Kommunikation werden nämlich die Zusammenhänge und Beziehungen deutlich, in denender Aufklärungsgegenstand steht, wodurch der Kontext der Information vergrößert und die Information selbst spezifiziert und verständlicher wird.

Die Modalität der Aufklärung ist von noch größerer Bedeutung in einer weiteren kritischen Situation, der Aufklärung von krebskranken Patienten (237). Die Argumente des Für und Wider der ärztlichen Aufklärung in dieser Grenzsituation laufen im wesentlich auf folgende Alternative hinaus:

1. In dieser Grenzsituation kann die Eröffnung der Diagnose seelischen Schaden bewirken.
2. Gerade in dieser Grenzsituation braucht der Patient vermehrt Information und Aufklärung (238).

Die Untersuchungen von Achté und Vauhkonen bei krebskranken Patienten zeigen, daß sich Patienten, die radikal über ihre Krebserkrankung aufgeklärt worden waren, nicht darüber beklagten, d a ß ihnen die Diagnose eröffnet wurde, sondern darüber, w i e sie ihnen mitgeteilt wurde - daß ihnen keine Hoffnung gelassen wurde, und daß sich die Ärzte nach der Information zurückzogen. (239)

Die sehr bekannt gewordenen Untersuchungen von Kübler-Ross über den Umgang mit Sterbenden weisen einen Weg ärztlicher Begleitung in dieser kritischen Situation. Hier fällt es schwer, den Begriff der Aufklärung noch aufrechtzuerhalten, weil der Akzent weniger

auf der Information zur kognitiven Verarbeitung liegt, sondern stärker auf einer umfassenden Begleitung (240). Wissenschaftliche Erkenntnisse über das Sterben von der psychosozialen Seite her könnten dazu eine wesentliche Hilfe leisten (241).

Es stellt sich vor allem in den letzten beiden kritischen Aufklärungssituationen die Frage, wie am besten zwischen der Zukunftsverborgenheit, als notwendigem Schutz des Lebens, und der Zukunftsperspektive, als notwendiger Voraussetzung des Lebens, vermittelt werden kann. In dieser Hinsicht muß der Faktor Hoffnung immer wieder betont werden, dessen metaphysischer Hintergrund dabei nicht außer acht gelassen werden kann (242).

II. Empirischer Teil

Untersuchung von Tendenzen bei der ärztlichen Aufklärung an einer chirurgischen Klinik

II.1. Einleitung

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde versucht, juristische, anthropologische und sozialpsychologische Grundlagen ärztlicher Aufklärung darzustellen. Dabei wurde erkannt, daß ärztliche Aufklärung wichtiger Bestandteil der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist. Eine Untersuchung der Aufklärung hat von daher auch zwangsläufig die Kommunikation der Arzt - Patient - Dyade zum Gegenstand. Um verschiedene Aspekte ärztlicher Aufklärung verdeutlichen zu können, wurde eine Differenzierung in zwei Aufklärungsfunktionen und jeweils drei Dimensionen vorgenommen.

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten, den Untersuchungsgegenstand 'Aufklärung' anzugehen: einmal die unmittelbare Beobachtung des Aufklärungsgeschehens - z.B. mit Tonbandprotokollen und anschließender Systematisierung durch vorgegebene Kategorien - oder die Untersuchung des Aufklärungsgeschehens durch Vorgabe von Aufklärungsereignissen, zu denen sich die Probanden äußern - etwa in Form eines Fragebogens. Sicher kommt die erstgenannte Form dem tatsächlichen Geschehen ärztlicher Aufklärung näher, wenngleich auch hier mit vorgegebenen Kategorien gearbeite wird. Doch wegen des erheblichen technischen und organisatorischen Mehraufwandes schied sie im vorliegenden Fall aus.

Ziel dieser Untersuchung ist es , einige Tendenzen der Verständigung zwischen Arzt und Patient zum Sachverhalt ärztlicher Aufklärung darzustellen. Verständigung bzw. Verstehen, definiert als das Kennen der Ansicht des Partners, soll als Kriterium für die Angemessenheit ärztlicher Aufklärung gelten. Mehr als gewisse Tendenzen können im Zusammenhang dieser Arbeit nicht aufgezeigt werden, da zur Gewinnung repräsentativer Aussagen weitere Parallelbefragungen an verschiedenen Kliniken mit umfangreicheren Stichproben notwendig wären. Bei der Interpretation

der Ergebnisse sollte man sich diese Einschränkung vor Augen halten.
Das Grundprinzip der Befragung besteht darin, daß Arzt und Patient zum gleichen Aufklärungssachverhalt befragt und ihre Aussagen dann verglichen werden. Voraussetzung der Befragung ist dabei, daß Arzt und Patient vom gleichen Aufklärungsstand ausgehen, daß also zwischen der Befragung beider Partner keine Gelegenheit zur weiteren Kommunikation gegeben ist. Dadurch wird eine Momentaufnahme der Verständigung bei einem bestimmten Aufklärungsstand erreicht.

Der empirische Teil beschäftigt sich zunächst mit einer orientierenden Voruntersuchung, um dann das Klientel und die eigentlichen Untersuchungsmethoden darzustellen. Daran schließt sich die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse an. Der Übersicht halber werden nur die wensentlichsten Ergebnisse im Text und in tabellarischer Form in diesem Teil angeführt, die übrigen Untersuchungsergebnisse sowie der vollständige Fragebogen finden sich im Anhang.

Sowohl die orientierenden Voruntersuchungen als auch die eigentliche Fragebogenuntersuchung führte ich in der Zeiträumen März und August 1973 an der Chirurgischen Klinik des städtischen Klinikums einer westdeutschen Großstadt durch. Die Klinik umfaßte 56 Betten für Patientinnen und 92 Betten für Patienten (die septische Station und die Kinderstation ausgenommen).

II.2. Voruntersuchung

II.2.1. Orientierende Beobachtungen.

Um die Arzt-Patient-Beziehung hinsichtlich der ärztlichen Aufklärung zu studieren, nahm ich einen Monat lang am 'Klinikleben' zweier Stationen teil. Zum einen begleitete ich die Ärzte bei ihren verschiedenen Tätigkeiten - also vor allem bei Operationen und Visiten -, zum anderen hatte ich Gelegenheit, Patienten in verschiedenen Stadien ihres Klinikaufenthaltes zu beobachten. Vor allem bei Gesprächen und Diskussionen konnte ich in unsystematischer Form einen ersten Eindruck über die Ansichten von Arzt

und Patient bezüglich ärztlicher Aufklärung gewinnen.

Bei zwölf Patienten führte ich eine intensivere Exploration durch und befragte die behandelnden Ärzte. Zusätzlich zum Untersuchungsbefund und der allgemeinen Anamnese stellte ich diesen Patienten offengehaltene Fragen, die dazu beitragen sollten, dem Sachverhalt ärztlicher Aufklärung näher zu kommen. Sinngemäß wurde über folgende Fragen gesprochen:

1. Welche Krankheit wurde Ihnen mitgeteilt?
2. Was bedeutet für Sie der Name dieser Krankheit?
3. Haben Sie das Gefühl, den Arzt im allgemeinen richtig zu verstehen?
4. Interessieren Sie sich für zusätzliche Einzelheiten Ihrer Krankheit und medizinischer Sachverhalte? Welche Einzelheiten sind dies?
5. Fragten Sie nach diesen zusätzlichen Einzelheiten oder gaben Sie sich mit dem Gesagten zufrieden? Wenn ja, warum?
6. Inwiefern haben Ihnen die Erklärungen des Arztes geholfen, die Operation leichter zu akzeptieren?
7. Welche Vorhaben werden durch Ihre Krankheit und den Krankenhausaufenthalt durchkreuzt?
8. Meinen Sie, daß Sie etwas für Ihre Gesundung tun können? Was?

Außerdem beobachtete ich die Reaktionen der Patienten bei den Visiten und in verschiedenen anderen Situationen.

II.2.2. Ergebnisse der orientierenden Beobachtungen

Bei den Beobachtungen und Gesprächen gewann ich den Eindruck, daß die patienten mit überwiegender Mehrheit mit dem Verhalten ihres Arztes insgesamt zufrieden waren. Die meisten hätten zwar gern noch mehr Einzelheiten über ihre Krankheit erfahren, aber sie werteten diesen Wunsch als verzichtbares Ansinnen, das den unter Zeitdruck stehenden Arzt doch nur noch mehr belasten würde.

Trotz manchmal geäußerter, verhohlener Kritik brachten die Pa-

tienten ihrem Arzt volles Vertrauen entgegen. Ein Patient äußerte dazu, daß er sich das eigene Wasser abgraben würde, würde er dem Arzt nicht vertrauen.

Diese Aussage könnte als ein Anzeichen für einen bestehenden Vertrauenszwang gewertet werden (vgl. Kap.I.4.2.2.).

Wenn auch erhebliche Zugeständnisse gemacht werden mußten, so konnte doch der größte Teil der Patienten ihre Krankheiten weitgehend richtig beschreiben. Immerhin stimmten die geäußerten Lokalisationsangaben fast immer, wenn auch manche falsche Vorstellung über die geäußerten Zusammenhänge deutlich wurde. Erklärungen über Ursachen von Krankheiten, Operationstechniken oder-möglichkeiten wurden z.T. vollständig falsch wiedergegeben; dennoch meinten viele Patienten, daß es ihnen durch diese Erklärungen leichter fiele, sich auf die Operation einzustellen. Andere äußerten allerdings von vornherein, nur wenig oder kaum etwas zu verstehen, weil der Arzt, wenn er etwas erkläre, zuviele Fremdwörter und komplizierte Sätze gebrauche.

Um ein Beispiel zu nennen, wie leicht man sich über die Verständigung mit dem Patienten täuschen kann, sei der folgende Fall geschildert. Während einer Visite erklärte der Oberarzt der Abteilung einer Patientin, was bei ihr operiert worden sei. Die Patientin nickte verständig und wiederholte Satzteile völlig richtig, so daß man den Eindruck hatte, eine Verständigung sei erzielt worden. Nach der Visite bat mich die Patientin, ihr noch einmal zu erklären, was der Oberarzt gesagt hätte, sie sei so aufgeregt gewesen, so daß sie nicht habe folgen können. Wahrscheinlich aus Höflichkeit und Scheu wagte diese Patientin es nicht, durch weiteres Fragen zum Verstehen zu gelangen.

Krankheit und Krankenhausaufenthalt störte bei allen Patienten den normalen Ablauf und die Durchführung ihrer Vorhaben. Allerdings waren die Unterschiede, wie diese Störung empfunden wurde, ganz erheblich. Sie hingen vor allem mit der Art der Erkrankung und ihrer Bewertung zusammen. Im wesentlichen

waren es zwei verschiedene Einstellungen: die einen sahen im Krankenhausaufenthalt die oft lang erwartete Beendigung ihrer Leiden und Beschwerden, die anderen sahen darin ein notwendiges Übel, das viele ihrer Pläne durchkreuzte und das sie am liebsten gemieden hätten.

Daß man etwas für die Gesundheit tun könne, glaubten die meisten Patienten, wenn sie auch oft zunächst nicht wußten, was. Beim weiteren Nachfragen wurde dann genannt: Meiden von Nikotin und Alkohol oder Einhalten von Diät. (243)

Ich hatte den Eindruck, daß die behandelnden Ärzte ziemlich rasch feste Vorstellungen, mitbestimmt durch die Informationen des Pflegepersonals, von ihren Patienten gewannen, von denen sie dann nur noch wenig abwichen. Diese Vorstellungen beeinflußten die Bereitschaft des Arztes, auf einen Patienten einzugehen und einem stärkeren Informationsbedürfnis Rechnung zu tragen. Bei Patienten, die aus dem normalen Bild vom Patienten herausfielen, also in irgendeiner Weise für den Arzt sonderbar waren, war das Verhältnis mit dem Arzt oft auffällig getrübt. Ich bemerkte, daß besonders Patienten, die ihre Beschwerden in der Sicht des Arztes in unangemessener Weise überbewerteten, hinsichtlich ihres Informationsbedürfnisses oft übergangen wurden. Bei diesen Patienten, die ihr Leiden betonten, schien insgesamt die Verständigung mit dem Arzt gestört.

Ein Teil der Ergebnisse der orientierenden Beobachtungen wurde schon im theoretischen Teil abgehandelt und soll hier nicht mehr besonders erwähnt werden (vgl. Kap. I.4.2.2.).

II.3. Die Fragebogenuntersuchung

II.3.1. Die Stichprobe

Ausgangspopulation für die Fragebogenuntersuchung war die genannte chirurgische Klinik mit insgesamt 148 Betten. Die Auswahl der Patienten erfolgte stufenweise (244). Zunächst wurden die Patienten anhand der Personalangaben auf den Fieberkurven am Vortag der Befragung willkürlich bestimmt. Wenn dann der Patient den folgenden Kriterien entsprach, wurde die Befragung durchgeführt bzw. kam der Antwortbogen zur Auswertung:

1. Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung
2. Ausreichende Verständigungsmöglichkeit
3. Nicht unterbrochene Durchführung der Befragung
4. In Aussicht stehende oder durchgeführte operative Behandlung
5. Alter zwischen 21 und 65 Jahren
6. Patienten der dritten Pflegeklasse mit Hauptschulabschluß, also: Arbeiter, Handwerker, untere Angestellte oder deren Ehefrauen
7. Stattgefundenes Gespräch mit dem Arzt über Krankheit und Vorgehensweisen.

Der Patient wurde vormittags, während der entsprechende Arzt operierte, der behandelnde Arzt wurde nachmittags noch vor der Visite und vor jedem Gespräch mit dem Patienten befragt. Auf diese Weise sollte gewährleistet sein, daß Patient und Arzt von den gleichen Voraussetzungen, also vom gleichen momentanen Aufklärungsstand ausgingen.

Insgesamt kamen 50 Patientenfragebögen und die zugehörigen 50 Arztfragebögen zur Auswertung, d.h. es wurden 50 Arzt-Patienten-Dyaden untersucht. Da ein Arzt mehrere Patienten (unterschiedlichen Aufklärungsstandes) betreute, entsprachen den 50 verschiedenen Patienten 6 verschiedene Ärzte. Dabei wird die entscheidende Voraussetzung gemacht, daß jede Dyade eine eigenständige Grundgegebenheit ist.

Nach den genannten Auswahlkriterien waren die Patientinnen in der Stichprobe unterrepräsentiert. Von daher wurde das Geschlecht als Gruppenunterscheidungsmerkmal nicht weiter berücksichtigt. Die Zahl der befragten Männer betrug N=34, die Zahl der befragten Frauen betrug N=16. Alle befragten Ärzte waren männlichen Geschlechts. Der Fragebogen wurde 21 Patienten vor einer Operation, 29 Patienten nach einer Operation vorgelegt.

II.3.2.1. Die Entwicklung der Fragebogenmethode

Bei der Entwicklung des Fragebogens zur Untersuchung von Übereinstimmung und Verstehen bei der ärztlichen Aufklärung orientierte ich mich an der von Laing et al. zur Differenzierung gestörter Ehen ausgearbeiteten Interpersonal Perception Method (245). Laing et al. legte dabei beiden Ehepartnern bestimmte, ihre Beziehung betreffende Items vor, die sie unter verschiedenen Perspektiven beantworten sollten. Die Interpersonal Perception Method (IPM) geht von folgenden Grundlagen aus:

1. Aus dem Vergleich zwischen der direkten Perspektive der einen Person und der direkten Perspektive der anderen zum selben Sachverhalt ergibt sich Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung.
2. Aus dem Vergleich zwischen der Metaperspektive der einen Person und der direkten Perspektive der anderen zum selben Sachverhalt ergibt sich Verstehen oder Nichtverstehen.
3. Aus dem Vergleich zwischen der Meta-metaperspektive der einen Person und der direkten Perspektive der anderen zum selben Sachverhalt ergibt sich das Gefühl, verstanden oder mißverstanden zu werden.
4. Aus dem Vergleich zwischen der Meta-metaperspektive der einen Person und der Metaperspektive der anderen zum selben Sachverhalt ergibt sich Realisation oder Ausbleiben der Realisation. Ob es sich nun um Realisation oder Ausbleiben der Realisation von Verstehen oder Mißverstehen handelt, setzt einen Vergleich aller drei Ebenen voraus. (246)

Die Items, die den Ehepartnern vorgelegt wurden, betrafen im wesentlichen bestimmte, mehr oder weniger feste Eigenschaften der Partner. Aus dem Vergleich der Antworten für die jeweiligen Perspektiven ergibt sich ein IPM-Profil, das für das Ehepaar und die eventuelle Störung charakteristisch sein soll (247).

Die von Laing et al. vorgestellte Methode wurde für die Untersuchung von Übereinstimmung und Verstehen zwischen Arzt und Patient bei einem bestimmten bestehenden Aufklärungsstand vereinfacht und durch entsprechende Items modifiziert. Es stellte sich heraus, daß fast alle Patienten einer Probebefragung (die den Voraussetzungen der Stichprobe in etwa entsprachen) die Meta-metaperspektive nicht mehr realisieren konnten. Von daher wurde in dem Fragebogen für die ärztliche Aufklärung nur noch nach der direkten Perspektive und nach der Metaperspektive gefragt. Dem Arzt-Patient-Verhältnis entsprechend wurden die Items formuliert.

II.3.2.2. Die Bildung von Differenzgruppen und die Quantifizierung der Antworten

In Anwendung der Terminologie Laings ergibt sich aus dem Vergleich der direkten Perspektive von Arzt und Patient Übereinstimmung bzw. Nichtübereinstimmung. Durch diesen Vergleich werden unterschiedliche Ansichten zum gleichen Sachverhalt festgestellt. Die Perspektiven von Patient (P) und Arzt (A) zu einem Sachverhalt (X) können wie folgt dargestellt werden:

1. $P \rightarrow X \leftarrow A$

Aus dem Vergleich der direkten Perspektive des einen Interaktionspartners mit der Metaperspektive des anderen ergibt sich Verstehen oder Mißverstehen. Dabei wird danach gefragt, ob der eine Partner die Ansicht des anderen zum selben Sachverhalt kennt. Die Metaperspektiven können wie folgt ausgedrückt werden:

2. Der Arzt äußert sich über die Ansicht des Patienten
   $A \rightarrow (P \rightarrow X)$

3. Der Patient äußert sich über die Ansicht des Arztes
$P \rightarrow (A \rightarrow X)$

Die Aussagen von Arzt und Patient wurden mit Hilfe einer fünfstelligen Beantwortungsskala quantifiziert (vgl. Fragebogen im Anhang), so daß Arzt und Patient beantworten konnten, ob sie eine bestimmte Aussage eines Items für absolut richtig, teilweise richtig, weder richtig noch falsch, teilweise unrichtig, absolut unrichtig hielten.

Durch Sub traktion zugehöriger Skalenwerte - Beantwortung durch den Arzt von der des Patienten - kann als absoluter Wert für jedes Item ein Differenzbetrag errechnet werden.

Folgende Definitionen sollen dabei gelten:

Wird der Skalenwert der direkten Perspektive des Arztes von dem Skalenwert der direkten Perspektive des Patienten subtrahiert, ergibt die Gesamtheit der Absolutwerte dieses Vergleichs die Differenzgruppe 1 (D 1).
Wird der Skalenwert der Metaperspektive des Arztes von dem Skalenwert der direkten Perspektive des Patienten subtrahiert, ergibt die Gesamtheit der Absolutwerte dieses Vergleiches die Differenzgruppe 2 (D 2).
Wird der Skalenwert der Metaperspektive des Patienten von dem Skalenwert der direkten Perspektive des Arztes subtrahiert, ergibt die Gesamtheit der Absolutwerte dieses Vergleichs die Differenzgruppe 3 (D 3).
Die Differenzgruppen können wie folgt dargestellt werden:

D1: Patient (direkte P.) - Arzt (direkte P.)
$([P \rightarrow X] - [X \leftarrow A])$

D2: Patient (direkte P.) - Arzt (Metap.)
$[P \rightarrow X] - [A \rightarrow (P \rightarrow X)]$

D3: Arzt (direkte P.) - Patient (Metap.)
$[A \rightarrow X] - [(X \leftarrow A) \leftarrow P]$

Hierbei zeigt die Differenzrate der Differenzgruppe 1 das Ausmaß der Nichtübereinstimmung zwischen Arzt und Patient bei der Aufklärung an. Die Differenzrate der Differenzgruppe 2 gibt an, in-

wieweit der Arzt den Patienten mißversteht bzw. dessen Ansichten zur Aufklärung nicht kennt. Die Differenzrate der Differenzgruppe 3 gibt an, inwieweit der Patient den Arzt mißversteht bzw. dessen Ansichten zur Aufklärung nicht kennt.

II.3.2.3. Inhalt und Konstruktion der Items

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und damit auch die ärztliche Aufklärung kann man aus verschiedenen benennbaren Ereignissen zusammengesetzt sehen. Solche Ereignisse können durch bestimmte Items repräsentiert werden (248). Daher beantworten die Probanden, denen ein Item des Fragebogens vorgelegt wird, indirekt die Frage: Können Sie eines der eingetretenen oder bestehenden Ereignisse mit dem vorgelegten Item benennen?
Differenzen, d.h. Nichtübereinstimmung oder Mißverstehen, werden also an Ereignissen gemessen, die durch die Items vorgelegt wurden. Im Ermessen der Probanden liegt es dabei zu beurteilen, ob irgendeines der eingetretenen oder bestehenden Ereignisse auf die Aussage des Items bezogen werden kann. Beim Vergleich der Perspektiven wird dann geprüft, inwieweit sich die Bedeutungsfelder, in der Abstufung durch die Beantwortungsskala , zur Deckung bringen lassen. Mit den Differenzraten wird dann der Grad unterschiedlicher Bedeutungszumessung in D1 und Nichterkennung der Bedeutungszumessung in D2 und D3 bestimmt.

Das Repräsentationsproblem von Ereignissen durch Items beinhaltet das Sprachproblem des Fragebogens. Als Meßfehler schlägt sich dies vor allem dann nieder, wenn beide Partner die Aussage eines Items für richtig halten und dabei unterschiedliche Ereignisse meinen. In diesem Fall würde die Differenzrate niedriger ausfallen als den tatsächlichen Unterschieden entspräche. Der gleiche Fehler träfe zu, wenn beide Partner eine Aussage für falsch halten und sie auf unterschiedliche Ereignisse beziehen. Die Differenzrate fällt höher aus, wenn beide Partner eine Aussage unterschiedlich beurteilen und doch das gleiche Bedeutungsfeld meinen. An dieser Stelle kann auf das Repräsen-

tationsproblem nicht weiter eingegangen werden; es sollte erwähnt werden, um den Interpretationen die notwendige Vorsicht entgegenzubringen. Um einmal die Aufklärungssituation nachzukonstruieren, zum anderen, um den Kontext und damit die Bestimmtheit der Aussagen zu vergrößern, wurden jeweils zwei Items einander zugeordnet, wobei das erste das Verhalten des Arztes betrifft, das zweite das entsprechende Verhalten des Patienten (vgl. Fragebogen im Anhang).

Bei der Formulierung der Items orientierte ich mich vorwiegend an Äußerungen von Patienten, die ich bei der Voruntersuchung wörtlich notiert hatte. Dadurch sollte gewährleistet werden, daß das Sprachniveau der Patienten nach Möglichkeit nicht überschritten wurde. Die Items beinhalten dabei nicht so sehr Eigenschaften der Probanden, sondern deren Verhalten in bestimmten Situationen, so daß aus den Differenzraten ein momentaner Aufklärungsstand abgelesen werden kann.

Nach Probebefragungen wurden einige Items deutlicher gefaßt und im Fragebogen handschriftlich korrigiert. Die Zahl der Items wurde von ursprünglich 60 (30 Paare) auf 56 (28 Paare) reduziert. Im Anhang befindet sich die endgültige Fassung der Items.

II.3.2.4. Aufklärungsfunktionen und Dimensionen

Wie schon in Kapitel I.6.3. behandelt, können die Aufklärungsereignisse bestimmten Aufklärungsfunktionen und Dimensionen zugeordnet werden. Zur Auswertung der Fragebogen wurden die Aufklärungsereignisse, repräsentiert durch die Items, nach logischen, nicht itemanalytischen, Kriterien den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Die für die drei Differenzgruppen aufgestellten Korrelationsmatrices zeigen von daher auch innerhalb der Dimensionen kaum statistische Zusammenhänge. Die Zuordnung konnte nicht immer eindeutig getroffen werden, von daher wurden in strittigen Fällen verschiedene Berater hinzugezogen, aufgrund deren mehrheitlichen Urteils die Zuordnung erfolgte.

Items, die das Verhalten des Arztes betrafen, wurden unter dem Begriff der aktiven Aufklärungsfunktion (aA) gefaßt, Items, die

das Verhalten des Patienten betrafen, wurden dem Begriff der passiven Aufklärungsfunktion (pA) zugeteilt.

A) Aktive Aufklärungsfunktion (aA)

a) Schaffung eines Aufklärungsrahmens (Ar) - Hierunter werden solche Verhaltensweisen des Arztes gefaßt, die Kontaktaufnahme und -förderung sowie das Bemühen um Verständigung beinhalten. Die Items enthalten dabei im wesentlichen erwünschte bzw. auch weniger erwünschte Verhaltensweisen des Arztes, die durch die normierende Tendenz der Arztrolle als teilweise bestimmt gelten dürfen.

b) Mitteilung Anleitung (Mt). Diese Dimension beinhaltet solche Items, bei denen der Arzt dem Patienten Daten und Fakten über die Krankheit und die medizinischen Sachverhalte mitteilt und ihn zur Mitarbeit anleitet.

c) Erklärung (Ek). Hier werden solche Items zugeordnet, die das nähere Eingehen des Arztes auf die Mitteilungen und die Anleitungen bezeichnen, sie umfassen Erklärung und Ermutigung. Es wird danach gefragt, ob der Arzt dem Patienten die medizinischen Sachverhalte genügend einsichtig und verständlich macht.

B) Passive Aufklärungsfunktion (pa)

a) Haltung (Ht). Diese Items beinhalten solche Einstellungen des Patienten, die man von einem "guten Patienten" erwarten bzw. nicht erwarten würde. Es sind überwiegend solche Verhaltensweisen, die durch die Rollenerwartung bestimmt werden. Auch generelle Einstellungen des Patienten zur Kommunikation mit dem Arzt werden eingeschlossen.

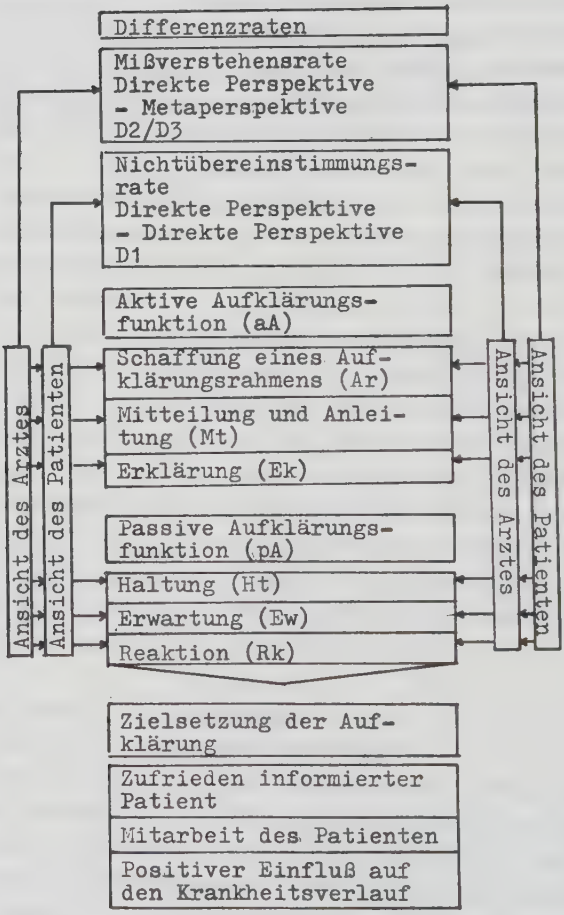
b) Erwartung (Ew). Dieser Dimension sind Erwartungen und Wünsche des Patienten zugeordnet, die dieser hinsichtlich ärztlicher Aufklärung besitzt.

c) Reaktion (Rk). Reaktionen auf das Verhalten des Arztes und das Krankenhausgeschehen werden dieser Dimension zugeteilt.

Die genaue Zuordnung der Items kann man dem Anhang entnehmen.

Für die Untersuchung der ärztlichen Aufklärung ist von Interesse, inwieweit sich die Differenzen der Differenzgruppen für die Aufklärungsfunktionen und -dimensionen unterscheiden. Dabei geht es um die Frage, ob sich anhand dieser Kategorisierung bestimmte Tendenzen ärztlicher Aufklärung angeben lassen. Schema 1 soll noch einmal die Überprüfung durch den Fragebogen veranschaulichen.

Schema : 1


Differenzraten
Mißverstehensrate
Direkte Perspektive
- Metaperspektive
D2/D3
Nichtübereinstimmungs-
rate
Direkte Perspektive
- Direkte Perspektive
D1
Aktive Aufklärungs-
funktion (aA)
Schaffung eines Auf-
klärungsrahmens (Ar)
Mitteilung und Anlei-
tung (Mt)
Erklärung (Ek)
Passive Aufklärungs-
funktion (pA)
Haltung (Ht)
Erwartung (Ew)
Reaktion (Rk)
Ansicht des Arztes
Ansicht des Patienten
Ansicht des Arztes
Ansicht des Patienten
Zielsetzung der Auf-
klärung
Zufrieden informierter
Patient
Mitarbeit des Patienten
Positiver Einfluß auf
den Krankheitsverlauf

II.3.2.5. Betonung körperlicher Leiden

Bei der Voruntersuchung fiel auf, daß bei Patienten, die ihr körperliches Leiden stärker bzw. für den Arzt unangemessener betonten als andere, die Verständigung mit dem Arzt erschwert war. Um diese Tendenz zu überprüfen, sollten zwei Gruppen von Patienten geschaffen werden: Patienten, die ihre körperlichen Beschwerden besonders betonten (oder auch merkten) und Patienten, bei denen dies nicht der Fall war.

Zunächst ging es darum, ein Instrument zu finden, das die Betonung körperlicher Leiden messen kann, dann ging es darum, ein Unterscheidungskriterium für die beiden Gruppen festzusetzen. Die Hypochondriasis-Skala (Hs-Skala) des MMPI schien am ehesten geeignet, den Grad der Betonung körperlicher Leiden festzustellen (249). Deshalb wurden die Items der Hs-Skala dem Patientenfragebogen zur Beantwortung angegliedert.

Da nicht Hypochondrie der Patienten diagnostiziert, sondern eine Gruppe gefunden werden sollte, die körperliches Leiden relativ zu einer anderen stärker gewichtet, wurde lediglich der Hs-Rohwert berücksichtigt (250). Die Tendenz zur Betonung körperlicher Leiden wurde angenommen, wenn der Hs-Rohwert den Durchschnittswert von 8,08 überschritt. Diesem Kriterium entsprach eine Gruppe von 18 Patienten.

II.3.3.1. Hypothesen

In dieser Arbeit sollen unter dem pragmatischen Aspekt, ärztliche Aufklärung angemessen zu gestalten, Tendenzen von Nichtübereinstimmung und Mißverständnis bei der ärztlichen Aufklärung aufgezeigt werden. Anhand solcher Tendenzüberprüfungen könnten Überlegungen hinsichtlich systematischer Entwicklung von Aufklärungsstrategien und-didaktiken angestellt werden.

Hypothesen:

1. Es wird angenommen, daß sich die Differenzraten der Differenzgruppen 2 und 3 von den Differenzraten der Differenzgruppe 1 insofern unterscheiden, als sie niedriger sind. Bei dieser Hypothese wird vorausgesetzt, daß bei entsprechender Differenzierung der Perspektiven und gegenseitigen Informationsaustausches beide Partner, trotz z.T. unterschiedlicher Ansichten, die Ansichten ihrer Partner kennengelernt haben.
2. Es wird angenommen, daß sich die Differenzraten der aktiven und passiven Aufklärungsfunktion insofern unterscheiden, als die der passiven Aufklärungsfunktion höher liegt. Diese Annahme setzt voraus, daß über das Arztverhalten, das offensichtlicher zu sein scheint, eher Übereinstimmung und Verstehen erreicht wird als über das Patientenverhalten, das für den Arzt scheinbar von nicht so großem Interesse ist, wenn der Patient "unauffällig" mitmacht.
3. Es wird angenommen, daß sich die Dimensionen der aktiven Aufklärungsfunktion in der Weise unterscheiden, daß von der "Schaffung eines Aufklärungsrahmens" über "Mitteilung und Anleitung" zur "Erklärung" eine Steigerung der Differenzraten zu verzeichnen ist.
   Da die erste Dimension vor allem Rollenerwartungen enthält, wird unterstellt, daß hier die Bedeutungen schon sozial vorgeklärt sind, dies ganz zum Unterschied der Dimension "Erklärung"; hier muß im konkreten Fall ausgehandelt werden, ob ein Sachverhalt als eine ausreichend Erklärung angesehen werden kann.
4. Es wird angenommen, daß sich die Dimensionen der passiven Aufklärungsfunktion insofern unterscheiden, als von der "Haltung" über die "Erwartung" zur "Reaktion" eine Steigerung der Differenzraten eintritt.
   Hier wird unterstellt, daß die Dimension "Haltung" überwiegend Rollenerwartungen und damit soziale Vorklärungen enthält. Konkrete Wünsche des Patienten müssen zwar erst durch die Kommunikation darüber in Erfahrung gebracht

werden, scheinen aber eher einer Verständigung zugänglich als die Reaktionen des Patienten, die auch schwer ausdrückbare emotionale Komponenten enthalten.

5. Es wird angenommen, daß Patienten, die nach ihrer Operation mit dem Fragebogen konfrontiert wurden, eine niedrigere Differenzrate haben als diejenigen, die vor der Operation befragt wurden.
   Diese Hypothese wird in der Annahme formuliert, daß operierte Patienten sich, relativ gesehen, schon länger in der Klinik befinden als solche, die noch vor ihrer Operation stehen. Wenn bei der ärztlichen Aufklärung auch Mißverständnisse ausgeräumt werden, dann war die Gelegenheit dazu bei operierten Patienten eher gegeben.
6. Es wird davon ausgegangen, daß Patienten, die ihr körperliches Leid betonen, höhere Differenzraten aufweisen als andere. Diese Hypothese wurde in Anlehnung an die orientierenden Beobachtungen aufgestellt.

II. 3.3.2. Durchführung

Die Untersuchung zur Feststellung von Nichtübereinstimmung und Mißverstehen zwischen Arzt und Patient bei der ärztlichen Aufklärung wurde, wie mehrfach erwähnt, in Form einer Fragebogenuntersuchung durchgeführt. Zu jedem ausgewählten Patienten der Stichprobe wurde der behandelnde Arzt mit den entsprechenden Items befragt. Entscheidend für die Untersuchung war, daß beide Partner befragt wurden, ohne daß sie in der Zwischenzeit Gelegenheit hatten, miteinander zu sprechen. Dadurch sollte die gleiche Ausgangslage von Arzt und Patient erreicht werden.

Den Ärzten war ich mit meinem Anliegen, die ärztliche Aufklärung zu untersuchen, als Doktorand in einer Besprechung vorgestellt worden. Den Patienten stellte ich mich selbst als Mitarbeiter der Klinik vor, der eine Fragebogenuntersuchung zur Aufklärung der Patienten durchführen wollte. Den Patienten wurde bekannt, daß auch ihrem behandelnden Arzt die Fragen vorgelegt würden, ohne daß er Einsicht in ihre Antworten erhielte. Die Antworten von Arzt und Patient würden danach miteinander verglichen.

Den Text des Fragebogens konnte der Patient während der Befragung zur Gedächtnisstütze mitlesen. Hatte ich den Eindruck, daß der Patient den Text der Items oder das Prinzip der Metaperspektive nicht oder nur schlecht verstehen konnte, kam sein Fragebogen nicht zur Auswertung.

Eine Befragung dauerte etwa 30 - 40 Minuten.

II.4. Datenaufarbeitung und Ergebnisse

Die Beantwortungsskalen wurden durch die Werte 1 bis 5 codiert (1 entspricht: absolut richtig, 5 entspricht: absolut unrichtig) und die Differenzen gemäß der in Kapitel II.3.2.2. beschriebenen Differenzgruppen für jede Arzt-Patient-Dyade gebildet (251). Auf diese Weise entsteht bei übereinstimmender Beantwortung die Differenz 0, bei nicht übereinstimmender Beantwortung maximal die Differenz 4. Durch Summenbildung ergeben sich die Differenzraten der Aufklärungsfunktionen, Dimensionen und Items.

Die Häufigkeiten der Patient- und Arztantworten und die mittleren Differenzraten jedes Items sind dem Anhang zu entnehmen (252).

II.4.1. Items mit den höchsten Differenzraten

Die 20 höchsten mittleren Differenzraten werden in Tabelle 1 wiedergegeben. Es fällt auf, daß diese Items vor allem Modus und Ausmaß der Aufklärung sowie emotional gefärbte Inhalte betreffen. Eine Verständigung ist in der vorliegenden Stichprobe hierüber am wenigsten gelungen (253). Daß das Item: "Der Arzt reicht dem Patienten bei Visite die Hand", in dieser Gruppe zu finden ist, überrascht. Man sollte eigentlich annehmen, daß über den konkreten und offensichtlichen Vorgang des Handreichens bei Visite leicht eine Einigung zu erzielen ist. Weil dies aber nicht so ist, scheint es ein ähnliches Ergebnis "egozentrischer Wahrnehmung" der Patienten im Krankenhaus zu sein, wie Siegrist es bei der Überschätzung der Visitendauer feststellte (254).

Insgesamt läßt sich aus dem Vergleich der Häufigkeiten von Arztantwort zu Patientenantwort und der Beziehung zu den Differenzraten die Tendenz ablesen, daß die Ärzte eher geneigt sind, ihre Aufklärungstätigkeit für ausreichend und genügend zu halten und den Informationswunsch der Patienten eher niedriger einschätzen als ihre kranken Partner (255).

Tabelle: 1

Items mit den höchsten Differenzraten

Item		D1	D2	D3	Rang
20	Ein "gutes Wort' brauchen	1,74	1,78	1,78	1
49	Bisher nicht eingehend über Befunde berichtet	1,62	1,54	1,58	2
8	Vor Operation Angst haben	1,60	1,50	1,90	3
14	Das meiste vergessen	1,46	1,52	1,58	4
42	Durch Reden mit Angehörigen Erleichterung	1,38	1,30	1,44	5
35	Operationsrisiko erklären	1,36	1,32	1,36	6
31	Operation erklären	1,26	1,46	1,28	7
26	Nicht nachfragen wollen	1,26	1,26	1,26	8
24	Risiken nicht wissen wollen	1,24	1,28	1,00	9
19	Durch Sprechen Erleichterung	1,22	1,24	1,22	10
50	Erst nach Gesundung mehr wissen wollen	1,20	1,28	1,12	11
36	Risiko wissen wollen	1,20	1,06	1,20	12
38	Diagnose nur bei Gutartigkeit richtig wissen wollen	1,18	0,90	1,10	13
11	Manches über Zustand sagen	1,12	1,12	1,04	14
47	Die Hand reichen	1,10	1,14	1,10	15
32	Erklärungen helfen zur Einstellung auf Operation	1,10	1,12	1,10	16
39	Untersuchungen deutlich machen	1,08	1,12	1,08	17
5	Sagen, was für Gesundung zu tun ist	1,08	1,08	0,84	18
12	Skeptisch sein	1,04	1,04	0,96	19
48	Handreichen tut gut	1,02	0,90	0,94	20

Die vollständigen Items sind aus dem Fragebogen im Anhang zu entnehmen.

II. 4.2. Die Differenzgruppen

Die mittleren Differenzraten entsprechender Dimensionen wurden für alle drei Differenzgruppen mittels Varianzanalyse und anschließendem Scheffe-Test auf signifikante Unterschiede getestet, d.h. es wurden die Differenzgruppen untereinander verglichen. Mit der gleichen Methode wurden auch die weiteren Hypothesen auf dem Signifikanzniveau 0,05 überprüft (256).

Mit der bezeichneten Methode konnte keine statistische Signifikanz bei dem Vergleich der drei Differenzgruppen innerhalb gleicher Dimensionen festgestellt werden (vgl. Tabelle 2). Die Produkt-Moment-Korrelation zwischen den Differenzgruppen zeigt einen ausgesprochen hohen Assoziationsgrad (257). Statistisch besteht also ein kaum mehr zu vergrößernder Zusammenhang zwischen den drei Differenzgruppen.

Aus dieser äußerst geringen Variation der Differenzraten von den drei Differenzgruppen kann man schließen, daß Ärzte wie Patienten die Metaperspektive inhaltlich kaum anders beantwortet haben als die direkte Perspektive. Das bedeutet: Ärzte wie Patienten waren in der Regel der Annahme, daß ihre Partner der gleichen Ansicht seien wie sie selbst. Hieraus lassen sich unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten ableiten:

1. Die Partner kennen ihre gegenseitigen Ansichten ungenügend, weil die Kommunikation nicht so weit reichte, deshalb wagen sie keine Aussagen über die Ansicht ihrer Partner.
2. Arzt und Patient differenzieren kaum zwischen Selbst- und Fremdansicht; - sei es, daß sie dies nicht gelernt haben oder gewohnt sind, sei es, daß sie diese Differenzierung gar nicht erst anstreben.
3. Die Partner machen von der Metakommunikation als Methode, die Verständigung zu verbessern, kaum Gebrauch, andernfalls würden sie die Ansicht ihres Gegenüber besser kennen und differenzieren.
4. Die Kommunikation der Partner war so ergiebig, daß man

sich gegenseitig überzeugt und sich auf eine Ansicht geeinigt hat. Dies setzt aber voraus, daß der Vergleich der direkten Perspektiven keine Differenzen aufzeigt.

In Abwägung der verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten scheint es so, als würde in der vorliegenden Stichprobe kein großer Wert auf ein Ausbauen und Vergrößern der Verständigung gelegt. Man bleibt auf der bestehenden Verständigungsbasis stehen.

Aufgrund des außerordentlich hohen Zusammenhanges der Differenzgruppen kann schon von der Differenzgruppe 1 mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die beiden anderen geschlossen werden.

II.4.3. Passive und aktive Aufklärungsfunktion

Der Vergleich von aktiver Aufklärungsfunktion mit der passiven Aufklärungsfunktion in der Differenzgruppe 1 (D1) zeigt keinen statistisch signifikanten Unterschied (256). Die Nichtübereinstimmungen sind also auf beide Aufklärungsfunktionen in etwa gleich verteilt. Für die untersuchte Stichprobe könnte man zu dem Schluß kommen, daß eine Einigung und Verständigung über das Verhalten des Arztes bei der Aufklärung ebenso schwer ist, wie die Einigung und Verständigung über das Verhalten des Patienten (258); d.h. wenn der Wunsch bestünde, ärztliche Aufklärung angemessener zu gestalten, müßte in gleicher Weise für die passive wie auch für die aktive Aufklärungsfunktion der Kommunikationsaufwand gesteigert werden. Selbst wenn für einen Beobachter das Verhalten des Arztes offensichtlicher ist, so zeigt es offenbar doch nicht für den Patienten die erforderliche Eindeutigkeit, um das Vorgehen des Arztes zu kennen und zu verstehen. Es ist also für den Patienten scheinbar genauso schwer, das Verhalten des Arztes einzuschätzen, wie es für den Arzt ist, das Verhalten des Patienten einzuschätzen.

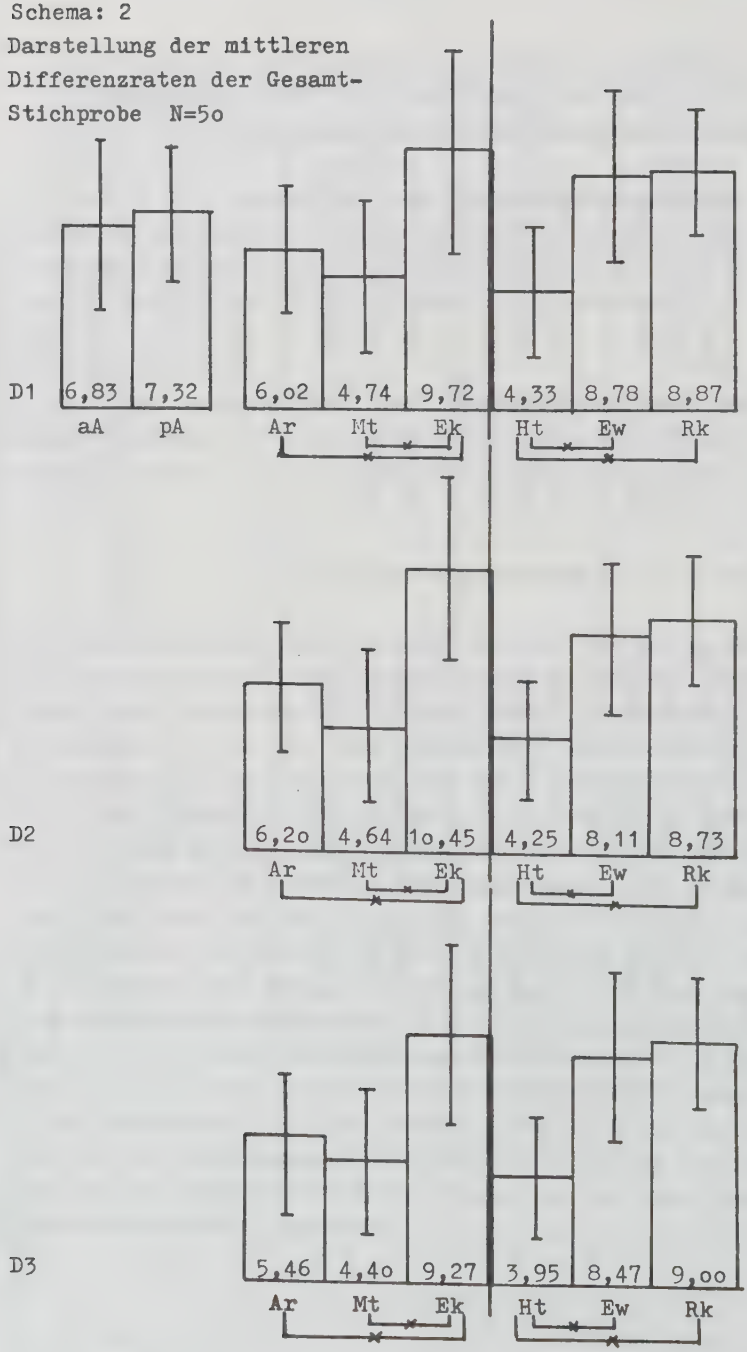
Tabelle: 2

Mittlere Differenzraten der Gesamtstichprobe

X= mittlere Differenzraten
V= Varianzen
S= Standartabweichungen
Weitere Zeichenerklärungen siehe Text

	AKTIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION			PASSIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION			
D1		6,8283			7,3246		X
		42,5705			33,4037		V
		6,5246			5,0764		S
	6,0200	4,7400	9,7150	4,3250	8,7770	8,8718	X
D1	24,4281	31,2575	59,5459	22,9088	41,0305	23,8625	V
	4,9424	5,5908	7,7166	4,7863	6,4055	4,8849	S
	6,200	4,6400	10,4500	4,2500	8,1102	8,7260	X
D2	23,8775	30,8881	49,9846	20,7908	32,8156	25,4317	V
	4,8864	5,5577	7,0699	4,5596	5,7284	5,0429	S
	5,4600	4,4000	9,2700	3,9500	8,4662	8,9988	X
D3	17,8453	30,3673	47,2062	17,2423	39,7534	23,8255	V
	4,2243	5,5106	6,8706	4,1523	6,3050	4,8811	S
	Ar	Mt	Ek	Ht	Ew	Rk	

Schema: 2
Darstellung der mittleren Differenzraten der Gesamt-Stichprobe N=5o



Signifikanz: ⊢—×

Keine Signifikanz zwischen D1 - D2 - D3 und aA - pA
Zeichenerklärungen siehe Text

II.4.4. Dimensionen aktiver Aufklärungsfunktion

Der Vergleich der Dimensionen aktiver Aufklärungsfunktion ergab in allen drei Differenzgruppen signifikante Unterschiede in der gleichen Weise (256). So unterschieden sich die mittleren Differenzraten der Dimension "Schaffung eines Aufklärungsrahmens" (Ar) von denen der Dimension "Mitteilung und Anleitung" (Mt) nicht signifikant, beide zeigten aber Signifikanz zur Dimension "Erklärung" (Ek). Letztere hat eine signifikant höhere Differenzrate als die beiden anderen Dimensionen (vgl. Tabelle 2 und Schema 2).

Übereinstimmung und Verstehen scheint von daher bei Items, die der Dimension "Erklärung" zugeordnet wurden, besonders problematisch. Mit anderen Worten: ob ein Aufklärungsereignis die Erklärung eines bestimmten Sachverhaltes darstellt und ob diese Erklärung dem Wunsch des Patienten genügte bzw. nach Ansicht des Arztes genügend war, darüber war man offenbar in der Stichprobe wesentlich uneiniger und zeigte mehr Differenzen als über die Mitteilungen bestimmter Sachverhalte und als über erwünschte bzw. weniger erwünschte ärztliche Verhaltensweisen bei der Aufklärung.

Werden die Differenzraten mit den Antworthäufigkeiten entsprechender Items verglichen (siehe Anhang), so wird noch einmal unterstrichen, daß das Bemühen des Arztes um den Patienten und die Mitteilungen über medizinische Sachverhalte vom Patienten annäherungsweise ähnlich aufgefaßt werden wie vom Arzt, daß dies aber bei den Erklärungen keineswegs in diesem Ausmaß der Fall ist.

Unklar ist zwischen Arzt und Patienten, wann Erklärungen gegeben werden sollen, wann eine Erklärung ausreicht und ob eine Aussage überhaupt als Erklärung angegeben werden kann. Es kann sein, daß ein Patient aufgrund falscher Vorstellungen vom Arzt auch dort noch Erklärungen erwartet, wo alles schon gesagt wurde; es kann sein, daß ein Patient unberechtigter

Weise vermutet, daß ihm der Arzt wichtige Informationen vorenthält, - immerhin ist interessant, daß 38 % der Patienten im Unterschied zu nur 22% der Ärzte das folgende Item positiv beantworten: "Der Arzt hat dem Patienten noch nicht eingehend genug über die Befunde berichtet." Zu einer angemessenen Aufklärung dürfte auch die Klärung falscher Erwartungen und Vorstellungen zählen. Ob die Erwartungen der Patienten berechtigt oder unberechtigt sind, kann hier nicht entschieden werden, aber es scheint doch so, daß die Kommunikation über die Erklärungen bei der Aufklärung unzureichend ist. Medizinische Sachverhalte werden dem Patienten mitgeteilt, darüber läßt sich weitgehende Einigung erzielen, aber daß auf diese dann genügend eingegangen wird, daß diese dem Patienten genügend erklärt werden, d.h. daß die Beziehung zum Patienten hergestellt wird, damit der Patient Einsicht gewinnt, dies alles scheint unzureichend der Fall zu sein (258).

II.4.5. Dimensionen passiver Aufklärungsfunktion

Der Vergleich der Dimensionen passiver Aufklärungsfunktion ergab in allen drei Differenzgruppen signifikante Unterschiede in der gleichen Weise (256). Die mittleren Differenzraten der Dimension "Erwartung" (Ew) und "Reaktion" (Rk) unterschieden sich untereinander nicht signifikant, lagen aber beide signifikant höher als die mittlere Differenzrate der Dimension "Haltung (Ht). (Vgl. Tabelle 2 und Schema 2)

Die Dimension "Haltung" (Ht) entspricht im wesentlichen einem Verhalten des Patienten, das durch bestimmte Rollenerwartungen umrissen werden kann. Die Vorstellung von einem einsichtigen, mitarbeitenden Patienten wird von beiden Partnern recht übereinstimmend geteilt. Lediglich das Item: "Der Patient fragt nicht weiter nach, um dem Arzt keine Zeit zu stehlen", weist in dieser Dimension einen höheren Differenzbetrag auf. Ob der Sachverhalt dieses Items zutrifft oder nicht, darüber konnte,

relativ gesehen, weder ausreichende Übereinstimmung noch Verständigung erzielt werden (259). Setzt man voraus, daß Verständigung durch entsprechende Kommunikation erzielt werden kann, dann läßt sich aus den relativ hohen Differenzraten der Dimensionen "Erwartung" (Ew) und "Reaktion" (Rk) schließen, daß eine solche Kommunikation, die diese beiden Dimensionen zum Gegenstand hatte, nur wenig stattgefunden hat. Daß die Differenzraten hier signifikant höher liegen als bei der Dimension "Haltung" zeigt, daß der konkrete Patient bei der Aufklärung weniger berücksichtigt wird als sein Rollenverhalten, das von vornherein sozial weitgehend vorgeklärt ist. Ärztliche Aufklärung dürfte aber erst dann als angemessen bezeichnet werden, wenn nicht nur der Patient allgemein Beachtung findet, sondern wenn seine konkreten Situationen, Wünsche und Reaktionen, seine Ängste und seine kognitive Desorganisation mehr Aufmerksamkeit fänden.

II.4.6. Gruppen: "Vor Operation" / "Nach Operation"

Der Vergleich der mittleren Differenzraten der beiden Gruppen "Vor Operation" / "Nach Operation" gab für die aktive und passive Aufklärungsfunktion der Differenzgruppe 1 sowie für die aktive Aufklärungsfunktion der Differenzgruppe 3 und für die passive Aufklärungsfunktion der Differenzgruppe 2 keine Signifikanzen (256). (Vergl. Tabelle 3 und Schema 3) Obwohl Arzt und Patient in der Gruppe "Nach Operation", relativ gesehen, länger Gelegenheit hatten, miteinander zu kommunizieren und Mißverständnisse auszuräumen, wurde diese Gelegenheit bei der gängigen Aufklärungspraxis offenbar nicht dazu genutzt, die Verständigung zu verbessern.

Die relativ niedrige Differenzrate der Dimension "Mitteilung und Anleitung" und die relativ hohen Differenzraten der Dimensionen "Erklärung", "Erwartung" und "Reaktion" der Gesamtstichprobe scheinen zu bestätigen, daß es die Hauptaufgabe

gängiger Aufklärungspraxis ist, dem Patienten die medizinischen Sachverhalte zwar mitzuteilen und ihn zur Mitarbeit anzuleiten, daß aber im weiteren nur ungenügend darauf eingegangen und daß auf ein näheres Eingehen auf den Patienten im allgemeinen wenig Wert gelegt wird. Wenn im wesentlichen die Mitteilung von medizinischen Sachverhalten bei der Aufklärung angestrebt wird, ohne dabei stärker auf den Patienten und dessen Integration der Sachverhalte in sein Denken und Erleben zu achten, kann höchstwahrscheinlich auch nicht erwartet werden, daß die Verständigung zwischen Arzt und Patient im Verlauf des Klinikaufenthaltes zunimmt.

II.4.7. Gruppen: "Betonung körperlicher Leiden" / "Keine Betonung körperlicher Leiden"

Der Vergleich der beiden Gruppen "Betonung körperlicher Leiden" / "Keine Betonung körperlicher Leiden" zeigte Signifikanz bei allen geprüften Vergleichen (256) (vgl. Tabelle 3 und Schema 3).

Unter der Annahme einer wahrscheinlichen Beziehung zwischen Statistik und zugeordnetem Inhalt wird die Hypothese 6 angenommen. Dies bedeutet, daß die Differenzraten zwischen Patienten, die ihr körperliches Leid betonen, und ihren Ärzten wesentlich höher liegen als bei den übrigen Patienten, daß eine Verständigungsverbesserung zwischen Arzt und solchen Patienten von vornherein einen größeren Aufwand erfordern würde. Es zeigt sich aber hier vor allem, daß persönliche Merkmale des Patienten die Verständigung bei der ärztlichen Aufklärung ganz wesentlich beeinflussen können.

Im vorliegenden Fall könnten zwei Ursachen für die hohen Differenzraten angeführt werden, ohne daß zu entscheiden wäre, welche der Ursachen ausschlaggebend ist; denn die Verhaltensweisen der Partner einer Dyade bedingen einander wechselseitig. Zum einen könnte der Patient, der sein Leid betont, dadurch zu einer so

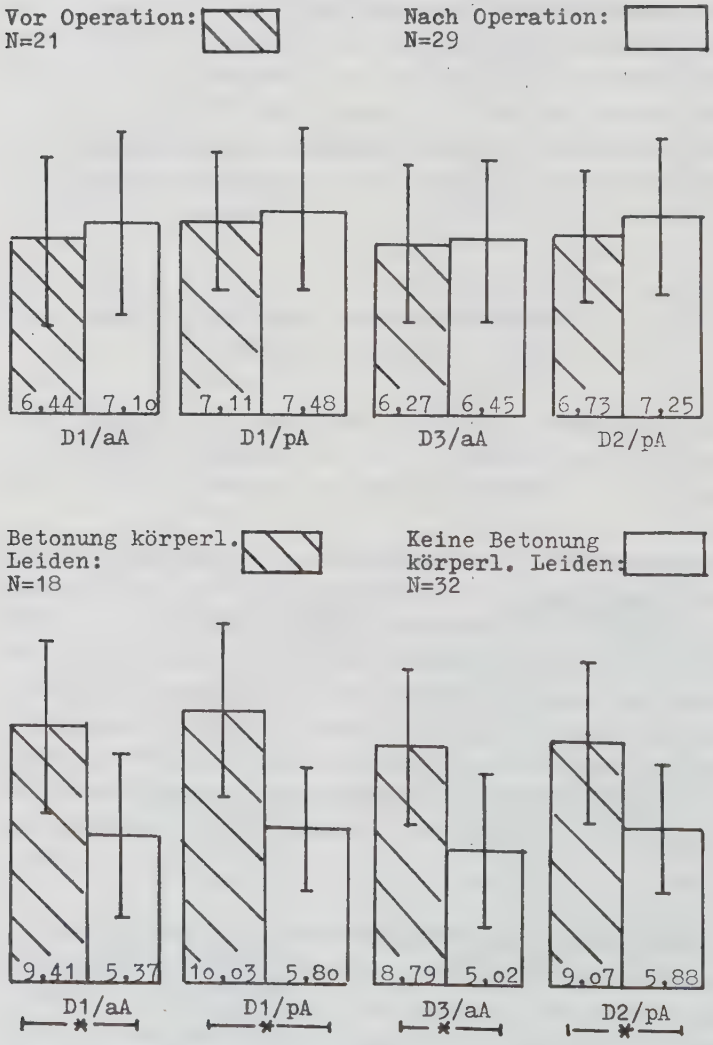
Tabelle: 3

Mittlere Differenzraten von Stichprobengruppen

	N=21 Vor Operation	N=29 Nach Operation	
X	6,4365	7,1034	D1/aA
V	38,6571	45,2449	
S	6,2174	6,7264	
X	7,1077	7,4816	D1/pA
V	28,5278	37,2500	
S	5,3411	6,1032	
X	6,2738	6,4540	D3/aA
V	34,5901	37,1286	
S	5,8813	6,0933	
X	6,7295	7,2460	D2/pA
V	24,9938	33,7366	
S	4,9993	5,8083	
	N=18 Betonung körperl. Leiden	N=32 Keine Betonung körperl.Leiden	
X	9,4120	5,3697	D1/aA
V	39,4107	38,5289	
S	6,2777	6,2071	
X	10,0316	5,8018	D1/pA
V	42,6251	22,1040	
S	6,5287	4,7014	
X	8,7962	5,0182	D3/aA
V	33,8515	32,1200	
S	5,8182	5,6674	
X	9,0744	5,8780	D2/pA
V	34,5569	23,9667	
S	5,8785	4,8955	

Zeichenerklärungen siehe Text

Schema: 3
Darstellung der mittleren Differenzraten von Stichprobengruppen



Zeichenerklärungen siehe Text

hohen Differenzrate beitragen, indem er Erwartungen an die Aufklärungstätigkeit heranträgt, die der Arzt für übertrieben hält. Zum anderen scheint mir, daß Ärzte Verhaltensweisen von Patienten, die sie für übertrieben, ungerechtfertigt und unangebracht halten, ignorieren und sich sogar eher diesen Patienten verschliessen als auf sie einzugehen. Dadurch würde noch einmal bestätigt, daß bei gängiger Aufklärungspraxis (wie sie bei der Stichprobe untersucht wurde) persönliche Komponenten des Patienten weitgehend unberücksichtigt blieben. Unbestritten bleibt dabei, daß eine Einigung und Verständigung auch bei bestem Bemühen mit manchen Patienten nur unzureichend erreicht werden kann, weil diese Patienten ihrerseits nicht die Voraussetzungen dafür mitbringen.

II.5. Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde gezeigt, daß ärztliche Aufklärung rechtlich dem Schutz der Willensfreiheit und Selbstbestimmung des Patienten während der ärztlichen Behandlung dienen soll. Aufklärung hat damit zusammenhängend auch das Ziel, den Patienten durch Einsicht in die betreffenden medizinischen Vorgänge zur Mitarbeit zu befähigen und anzuhalten.

Weiterführend wurde dann danach gefragt, wann ärztliche Aufklärung angemessen sei. Um diesem nachzugehen, wurde das Arzt-Patient-Verhältnis vor allem unter dem rollentheoretischen Ansatz des symbolischen Interaktionismus betrachtet. Daran schloß sich eine Erörterung der unterschiedlichen Ausgangspositionen von Chirurg und Patient an.

Die Erörterung der Situationen des Patienten stand unter der Fragestellung, in welcher Weise ärztliche Aufklärung dem Patienten eine Hilfe sein könnte und wo - aufgrund mehr oder weniger theoretischer Erwägungen - Ansatzpunkte gefunden werden könnten, Aufklärung dem Patienten möglichst angemessen zu gestalten. Solche Hilfen konnten vor allem für die verschie-

denen Formen kognitiver Desorientierung des Patienten angedeutet werden. Die Angemessenheit der Aufklärung orientierte sich dabei vor allem an den positiven Möglichkeiten für den Patienten. Dies erforderte, wie auch schon vom juristischen Standpunkt festgestellt wurde, die Mitbestimmung des Patienten über das Ausmaß der Aufklärung, d.h. der Patient sollte Gelegenheit haben, seinen Wunsch nach Intensivierung der Aufklärung zu äußern und entsprechend vom Arzt informiert werden.

Da ärztliche Aufklärung Bestandteil des ärztlichen Gesprächs und der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist, wurden diese näher betrachtet und die Möglichkeiten einer Verständigung diskutiert. Schließlich wurde zur besseren Untersuchung eine Differenzierung der Aufklärung in Funktionen und Dimensionen vorgenommen. Es wurde konstatiert, daß ärztliche Aufklärung wohl dann am besten gelungen sei, wenn die Kommunikation der Partner so weitreichend war, daß jeder die Ansicht des anderen zu einem bestimmten Aufklärungssachverhalt kannte. Denn, so wurde begründet, wenn der Patient sein Selbstbestimmungsrecht in Anspruch nehmen soll, dann kann es auch Situationen geben, über die Arzt und Patient unterschiedlicher Ansicht sind, obwohl der Patient ausführlich und genügend aufgeklärt wurde. Gelungene Aufklärung stellte dabei einen erstrebenswerten Sollzustand dar, der, so wurde vorausgesetzt, in der Regel durch entsprechenden Kommunikationsaufwand, d.h. durch entsprechende Bemühungen, erreicht werden könnte.

Auf der anderen Seite wurde auf die Schwierigkeiten einer vorwiegend naturwissenschaftlich-technischen Medizin hingewiesen, deren Konzept den Patienten als Sozialwesen weitgehend ignoriert und deren Konzept dem Arzt eine Integration der ärztlichen Aufklärung in das therapeutische Vorgehen erschwert. So bleibt es für den Arzt dann oft unklar, welchen Nutzen der Patient von einer angemessenen Aufklärung haben

soll, wenn er doch wieder gesund wird.

Die vorliegende Fragebogenuntersuchung bestätigt im Grunde die aufgezeigten Schwierigkeiten ärztlicher Aufklärung. Verständigung, im definierten Sinne, wurde als ein Indikator dafür angesehen, inwieweit die Kommunikation dem entsprechenden Aufklärungssachverhalt genügte. War die Differenzrate zwischen Arzt- und Patientenantwort zum selben Sachverhalt hoch, dann sollte dies ein Zeichen dafür sein, daß die ärztliche Aufklärung für diese Funktion, für diese Dimension oder für dieses Ereignis unzureichend verlaufen war. Solch ein unzureichender Verlauf zeigte sich, relativ gesehen, bei den Dimensionen "Erklärung", "Erwartung", "Reaktion", Dimensionen, die ein näheres Eingehen auf den Patienten als sozialen Partner beinhaltete.

Die Tatsache, daß Patienten wie Ärzte ihre metaperspektivische Ansicht kaum von ihrer direkten Ansicht differenzierten sowie, daß Dyaden mit mehr Gelegenheiten zur Kommunikation sich in ihren Differenzraten nicht von solchen mit weniger Kommunikationsgelegenheiten unterschieden, läßt den Schluß wahrscheinlich werden, daß die Praxis der ärztlichen Aufklärung nicht dazu gebraucht wurde, über das vorhandene Verstehen hinaus Mißverständnisse und Nichtübereinstimmungen auszuräumen (wenn doch dadurch nicht der normale Stationsablauf gestört wird). Die gängige ärztliche Aufklärung, die sich in der Stichprobe fand, scheint vor allem der Anpassung des Patienten an die Techniken des therapeutischen Vorgehens zu dienen, denn die Verständigung über die Mitteilung von medizinischen Sachverhalten sowie über die Anleitung, gelang relativ gut. Übliche ärztliche Aufklärung scheint also vor allem der Einordnung des Patienten in die Kategorien einer technisch orientierten Medizin und weniger der Erhellung von Sachverhalten, die dem Patienten wichtig erscheinen, zu dienen, denn persönliche Komponenten des Patienten werden kaum berücksichtigt.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient selbst scheint dabei,

wahrscheinlich bedingt durch die Rollenvorklärungen, relativ ungestört und ungetrübt. Dies könnte aus der relativ niedrigen Differenzrate der Dimensionen "Schaffung eines Aufklärungsrahmens" und "Haltung" geschlossen werden.

Die positiven Möglichkeiten ärztlicher Aufklärung, die im theoretischen Teil angedeutet wurden, erscheinen in der Praxis, wie sie durch die Stichprobe an einer chirurgischen Klinik dargestellt wurde, weitgehend unausgeschöpft und unerkannt.

Zusammenfassung:

Im überwiegenden Teil der medizinisch-juristischen Literatur wird das Problem der ärztlichen Aufklärungspflicht vor dem Hintergrund der Wahrheitspflicht, als einer ethischen bzw. juristischen Norm, diskutiert. Die "unbedingte Wahrheitspflicht", das Verschweigen der "Wahrheit" und schließlich sogar die Negation der Wahrheitspflicht in bestimmten Fällen stehen dabei zur Debatte. Je nachdem, inwieweit eine Krankheit als heilbar gilt oder nicht, wird das eine oder das andere als geboten angesehen. Die gesamte Palette möglicher Positionen findet ihre Vertreter.

Dabei stellt sich immer wieder die Frage: Was ist eigentlich "Wahrheit" im Sinne des Arztes, was ist "Wahrheit" im Sinne des Patienten. Um diese unseres Erachtens kaum lösbare Frage zu umgehen, verschoben wir, was uns fruchtbarer schien, das Problem in eine etwas andere Richtung und stellten die Frage nach der angemessenen ärztlichen Aufklärung. Es ging dann darum, einen theoretischen Ansatz zu finden, um den möglichen Stellenwert ärztlicher Aufklärung bei der Behandlung sowohl für den Arzt als auch für den Patienten zu finden, um unter Berücksichtigung beider Standpunkte einen Begriff angemessener Aufklärung zu erlangen. Dieser Begriff wurde durch die Anwendung systematischer Erkenntnisse der Interpersonalität im Arzt-Patient-Verhältnis operationalisiert, so daß eine Fragebogenmethode zur Überprüfung eines momentanen Aufklärungsstandes entwickelt werden konnte.

Zivilrechtlich ergibt sich die Pflicht zur Aufklärung des Patienten aus dem Behandlungsvertrag. Strafrechtlich rechtfertigt die Einwilligung des Patienten den ärztlichen Heileingriff, der, wenn es auch immer wieder in Frage gestellt wird, den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllt. Ärztliche Aufklärung ist hier die Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung. Dadurch sollen die Selbstbestimmung und die persönliche Freiheit des Patienten geschützt werden.

Der 44. Deutsche Juristentag legte 1962 im Groben die Richtlinien für die Aufklärung fest: "Die Einwilligung (die zum Ausschluß strafbarer Eigenmacht des Arztes erforderlich ist) ist nur wirksam, wenn der Einwilligende über Art, Tragweite und solche möglichen Folgen der Behandlung aufgeklärt worden ist, die für die Entscheidung eines verständigen Menschen ins Gewicht fallen können. Die Aufklärung kann unterbleiben, soweit sie die ernste Gefahr einer erheblichen Beeinträchtigung der Gesundheit oder des seelischen Zustandes begründen würde" (nach Geilen). In der allgemeinen Rechtsprechung wurde die Aufklärung über das Übliche hinaus und der weitgehende Aufklärungsverzicht von entsprechenden Äußerungen eines vernünftigen, durch gewisse Vorbildung ausgezeichneten Patienten abhängig gemacht. Als allgemein anerkannt darf weiter gelten, daß, je dringlicher ein Heileingriff ist und je mehr die therapeutische Vorgehensweise als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann, Aufklärung auf das Notwendigste reduziert werden kann.

Für den naturwissenschaftlich ausgerichteten Arzt kann die Aufklärungspflicht leicht als eine "nur" juristische Forderung erscheinen, die mit seinem Heilauftrag nichts gemein hat, da Krankheit und Therapie naturwissenschaftlich definiert wurden. Da Aufklärung von dieser Warte aus nicht zur Heilung des Patienten beiträgt, könnte theoretisch auf Aufklärung verzichtet werden. Unter dem Eindruck der Ergebnisse psychosomatischer Forschung erweist sich dieser Standpunkt jedoch als revisionsbedürftig, da hiernach dem ärztlichen Gespräch und damit auch der ärztlichen Aufklärung durchaus ein therapeutischer Wert zugestanden werden muß. Vor diesem Hintergrund kann Aufklärung als ein Teil der Therapie selbst gesehen werden.

Vom Charakter der Freiheit zur Selbstbestimmung her als einem anthropologischen Postulat müssen Argumente gegen die Aufklärung des Patienten zurückgewiesen werden, die sich darauf stützen, daß der Patient die ihm zugesprochene Willensfreiheit gar nicht besitze. Die prinzipielle empirische Nichtnachweisbarkeit der

Freiheit macht es erforderlich, daß die Selbstbestimmungsmöglichkeit des Patienten durch das prinzipielle Angebot ärztlicher Aufklärung gewürdigt wird.

Zur weiteren Erörterung der Frage nach der angemessenen Aufklärung wird der strukturell-funktionale Ansatz der Rollentheorie durch den des symbolischen Interaktionismus revidiert und für eine Betrachtung ärztlicher Aufklärung innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses fruchtbar gemacht.

Arzt und Patient nehmen danach innerhalb der Gesellschaft unterschiedlich definierte Positionen ein, deren Unterschied formal dadurch gekennzeichnet werden kann, daß der Arzt hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten dem Patienten gegenüber einen Kompetenzvorsprung besitzt, während der Patient einem Kompetenzdefizit ausgesetzt ist. Die dadurch bedingte Kommunikationslücke kann übertriebene Omnipotenzerwartungen des passiven Patienten stabilisieren und den Arzt dazu verleiten, konforme Reaktionen zu zeigen. Der Abstand zwischen Arzt und Patient würde sich vergrößern,und durch den ständigen Rollenstreß würde die Kommunikation auf das medizinisch notwendige Minimum reduziert. Aufklärung kann hier den Circulus vitiosus durchbrechen und ganz wesentlich die Zusammenarbeit fördern, indem sie den Patienten zur aktiven Unterstützung der Therapie gewinnt.

Für die Erörterung angemessener ärztlicher Aufklärung wird der Begriff "Bedeutung" von zentraler Wichtigkeit. Nach H. Blumer baut der symbolische Interaktionismus auf drei wesentlichen Prämissen auf:
1. Der Mensch handelt Dingen (und Personen) gegenüber auf der Grundlage von Bedeutungen.
2. Die Bedeutung der Dinge (und Personen) entsteht in der sozialen Interaktion mit den Mitmenschen. (Damit hängt auch die Identität einer Person zusammen).
3. Diese Bedeutungen unterliegen einem interpretativen Prozeß, d.h. sie können je nach Gebrauch verändert werden. Der Gebrauch, der Umgang, die konkrete Handlung und nicht zuletzt gesellschaftliche Interaktionsprozesse definieren hiernach die sozialen Bedeutungen der

Dinge, die sie nicht an sich haben.

So hängt z.B. auch die Bedeutung des Begriffs "Krebs" vom Gebrauch ab. Wird er z.B. immer im Zusammenhang mit einer heimtückischen, schleichenden, letztlich todbringenden Krankheit angewandt, nimmt er eine entsprechende Bedeutung an, würde er dagegen zunehmend im Zusammenhang mit einer durchaus therapierbaren Erkrankung genannt, könnte ein Bedeutungswandel einsetzen.

Für eine angemessene Aufklärung ist es wichtig, mit unterschiedlichen Bedeutungen gleicher Begriffe je nach Hintergrund des Sprechers oder Hörers zu rechnen, um über die Klärung von Bedeutungen zu einer Verständigung und gemeinsamen Basis zu gelangen. Denn was nützt die Aufklärung, wenn der Arzt am Patienten vorbeiredet? Verständigung über den Sachverhalt der Aufklärung wird über einen komplexen wechselseitigen Bedeutungsaustausch möglich; d.h.: Aufklärung darf nicht in der Einwegkommunikation stecken bleiben, sondern, soll sie angemessen sein, ist sie Teil eines Gespräches, bei dem sich der Arzt rückversichernd am Patienten orientiert, um die positions- und rollenbedingten Standpunkte zu überschreiten. Zunächst wird nämlich jeder Kommunikationspartner geneigt sein, seinen eigenen Standpunkt zu verabsolutieren und auf den anderen zu übertragen.

Die Sicht des Chirurgen von seinem Patienten wird primär vom Operationsvorgang geprägt sein, bei dem er in einen, den technischen Möglichkeiten optimal angepaßten menschlichen Körper nach systematisch-medizinischen Erkenntnissen eingreift. Die Funktionalität bestimmt dabei sein Verhalten und kann sich einer angemessenen Aufklärung erschwerend in den Weg stellen. Gespräch und Aufklärung kann unter diesem Gesichtspunkt allzu leicht als störend empfunden werden.

Demgegenüber erlebt sich der Patient je nach Schwere seiner Erkrankung als Gefährdeter, in seiner Identität Bedrohter, dem die Kontinuität des Alltagslebens, seiner bisherigen Selbstent-

würfe durch die Krankheit unterbrochen wurde. Er ist gezwungen umzudisponieren, seine Positionen neu zu bestimmen. Für die Umorientierung sucht er nach Begriffen, nach "Fixpunkten", ohne die es ihm unmöglich ist, seine "kognitive Desorganisation" zu überwinden. Seine Situation ist gekennzeichnet durch Verunsicherung gegenüber der Institution Krankenhaus; er wird ständig wechselnden Gegebenheiten bei Untersuchungen und Therapie ausgesetzt, die er wahrscheinlich, wenn er wählen könnte, vermeiden würde; er ist gezwungen, zu vertrauen, da er zur Gesundung meist keine andere Alternative hat; er muß sich aufgrund vorweggenommener Dankbarkeitsverpflichtung möglichst störungsfrei einfügen, um nicht den Verlust der Hilfe zu fürchten; er ist auf sich selbst zurückgeworfen, auf seinen nicht mehr als "schweigendes Selbstverständliches" erlebten Körper. Hinsichtlich der Bedingungen, denen der Patient ausgeliefert ist, kann Aufklärung und Information ein Zurechtfinden ganz wesentlich erleichtern. Sie kann helfen, Selbstbild und Zukunftsperspektive neu zu definieren. Dadurch hat sie Einfluß auf das subjektive Befinden des Patienten und evtl. mittelbar auf den Heilungsprozeß.

Unter Anwendung eines weiten Kommunikationsbegriffes kann man verschiedene Kommunikationsebenen unterscheiden, von denen die Handlungsebene, das therapeutische Vorgehen und die Ebene des sozialen Austausches, das sprachlich-symbolische Vorgehen erwähnt werden sollen. Letztere hat als Aufklärung die wesentliche Funktion , die Handlungsebene sozial zu interpretieren, - zu deuten,wie eine ärztliche Handlung gemeint ist. Ein ganz einfaches Beispiel sind hier die begleitenden Worte des Arztes bei einer Injektion. Die Injektion wird dadurch dem Patienten als helfend gedeutet; der damit indirekt zur Mitarbeit aufgeforderte Patient wird es leichter haben, seine natürlichen Fluchtreaktionen zu unterdrücken.

Für die Verständigung und Deutung ist die Sprache das wichtigste Vehikel. Sie definiert und steuert gesellschaftliche Wirklichkeit, hilft zur Orientierung und ermöglicht die Herausbildung

einer Identität in sozialem Kontext. Die Bedeutung der Sprache für das soziale Leben weist auch der ärztlichen Aufklärung ihren besonderen Stellenwert zu.

Basis einer Verständigung zwischen Arzt und Patient bei der Aufklärung bildet zunächst der gemeinsame Kultur- und Sprachraum - die Muttersprachlichkeit - sowie der besondere Kontakt der Arzt-Patient-Beziehung. Daß eine Verständigung bei unterschiedlichem Gebrauch der Sozialdialekte von Arzt und Patient möglich ist, hängt weitgehend mit den universalen Basisregeln der Kommunikation in einer Sprachgemeinschaft zusammen. Aufbauend auf dem Gemeinsamen der kulturellen Verbindung können über schon "signifikante Symbole" (festgelegte Bedeutungen) weitere durch Interaktion "signifikant" werden. Topographische Bezeichnungen, lokalisierende Gesten, virtuelle Handlungen und nicht zuletzt die Technik der Metakommunikation tragen wesentlich zu einer Verständigung zwischen Arzt und Patient bei. In diesem Zusammenhang sei die methodische Definition von "Verstehen" als das "Kennen der Ansicht des Kommunikationspartners" zu einem bestimmten Sachverhalt genannt.

In diesem Sinne geht es bei der angemessenen ärztlichen Aufklärung nicht mehr um die Mitteilung einer "Wahrheit" im ontologischen Sinne, sondern um die Verständigung über die Bedeutung eines Sachverhaltes, Verständigung, die durch wechselseitige Orientierung aneinander gefunden werden muß. Dies kann auch auf die so oft diskutierten kritischen Aufklärungssituationen, z.B. beim Vorliegen eines Malignoms angewandt werden, in denen es um die Frage geht: Wie kann am besten zwischen der Zukunftsverborgenheit, als notwendigem Schutz des Lebens, und der Zukunftsperspektive, als notwendiger Voraussetzung menschlichen Lebens vermittelt werden? Die Vermittlung ist immer ein interpersonaler Vorgang, damit Gespräch, und kann nicht theoretisch vorweggenommen werden. Angemessene ärztliche Aufklärung ist daher nicht ohne Gespräch mit gegenseitiger Orientierung denkbar.

Als operationalisiertes Ziel einer Aufklärungsstrategie kann angesehen werden, daß der Patient Kenntnis von der Ansicht seines Arztes zu einem bestimmten Aufklärungsereignis hat und umgekehrt der Arzt die Einstellung des Patienten zu diesem Ereignis kennt.

Dabei wird Aufklärung als die Summe von beliebig vielen Aufklärungsereignissen (z.B. Mitteilung des Operationsrisikos oder Erklärung von Befunden usw.) gedacht. Zur Differenzierung und Strukturierung ärztlicher Aufklärung wurde die folgende Unterteilung gefunden:

A) Aktive Aufklärungsfunktion (Senderfunktion)
a) Schaffung eines Aufklärungsrahmens
b) Mitteilung und Anleitung
c) Erklärung

B) Passive Aufklärungsfunktion (Empfängerfunktion)
a) Haltung und Einstellung
b) Erwartung
c) Reaktion

Durch die Unterteilung der Aufklärung in die genannten Dimensionen wird es möglich anzugeben, inwieweit mit einer Aufklärungsstrategie das operationalisierte Ziel erreicht wurde, d.h. inwieweit Arzt und Patient Kenntnis von ihren gegenseitigen Ansichten zu bestimmten Aufklärungsereignissen einer Dimension erlangen konnten.

Dies wurde an einer nicht repräsentativen Stichprobe von 50 Arzt-Patient-Dyaden (Alter der Patienten: 21 - 65 Jahre) einer chirurgischen Klinik anhand einer Fragebogenuntersuchung überprüft. Dabei wurden dem Patienten und dem entsprechenden, behandelnden Arzt jeweils 56-inhaltlich gleiche-Items zur Stellungnahme vorgelegt und skaliert. Die Items bezogen sich auf den Aufklärungsstand. In Anlehnung an die Interpersonal Perception Method Laings et al. wurde untersucht, inwieweit Arzt und Patient bei einem bestimmten Aufklärungsereignis, repräsentiert durch ein Item, gleicher bzw. unterschiedlicher Ansicht waren, was durch Differenzbildung von Skalenwerten erreicht wurde D1: Patient (direkte Perspektive) - Arzt (direkte Perspektive) . Weiter wurde untersucht, inwieweit der Arzt die Ansicht des Patienten kennt D2: Patient (direkte Perspektive) - Arzt (Metaperspektive) und inwieweit der Patient die Ansicht des Arztes kennt D3: Arzt (direkte Perspektive) - Patient (Metaperspektive) ; dadurch wird nach Laing et al. auf Verstehen bzw. Nichtverstehen von Interaktionspartnern geprüft. Differenz bedeutet dabei

die Nichtübereinstimmung der Perspektiven bzw. das Nichtverstehen von Arzt und Patient zum gleichen Sachverhalt. Differenzraten waren die Summen von Differenzen in Gruppen, Dimensionen, Funktionen usw..

Die Items waren paarig angelegt, wobei sich das erste auf das aufklärende Verhalten des Arztes bezog, das zweite auf das damit in Zusammenhang stehende Verhalten des Patienten. Damit wurden sie der aktiven und passiven Aufklärungsfunktion entsprechend konstruiert. Dem Fragebogen der Patienten war die Hypochondriasis-Skala des MMPI zur Errechnung des HS-Rohwertes angegliedert.

Bei der Auswertung wurden die Items nach logischen, nicht itemanalytischen Kriterien den Aufklärungsfunktionen und deren Dimensionen zugeordnet. Die Differenzratenunterschiede zwischen den gebildeten Gruppen wurden durch multiplen Vergleich mittels Varianzanalyse und anschließendem Scheffé-Test auf Signifikanz (Signifikanzniveau 0,05) getestet.

Es stellte sich heraus, daß die einzelnen Differenzgruppen

D1: Nichtübereinstimmung der direkten Perspektiven
D2: Nichtverstehen des Arztes
D3: Nichtverstehen des Patienten

miteinander hoch korrelierten und keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich entsprechender Dimensionen aufwiesen, so daß geschlossen werden kann, daß sowohl der Arzt als auch der Patient in der Regel wie selbstverständlich annahmen, der Partner verträte die gleiche Ansicht, obwohl dies häufig nicht der Fall war. Die unterschiedlichen, positionsbedingten Bedeutungszumessungen scheinen entweder nicht bekannt zu sein oder wenig berücksichtigt zu werden.

Innerhalb der aktiven Aufklärungsfunktion lag die Differenzrate der Dimension "Erklärung" signifikant über den der anderen Dimensionen. Innerhalb der passiven Aufklärungsfunktion lagen die Differenzraten der Dimensionen "Erwartung" und "Reak-

tion" signifikant über der Dimension "Haltung". Ausgehend von der Prämisse, daß durch einen entsprechenden Interaktionsaufwand die Differenzraten herabgedrückt werden können, scheint es in der untersuchten Stichprobe so, daß bei der Interaktion innerhalb der Arzt-Patient-Dyade Erklärung des Arztes, Erwartungen und Reaktionen des Patienten eine zu geringe Rolle spielten und daß darüber in geringerem Maß eine Verständigung erlangt wurde. Bei der Aufklärung wurde diesen wichtigen Dimensionen nicht das entsprechende Gewicht zuerkannt.

Da angenommen wurde, daß Arzt-Patient-Dyaden, die zeitlich nach der Operation befragt wurden, mehr Gelegenheit zu Kommunikation und Interaktion und damit zur Ausräumung von Mißverständnissen hatten als solche, die vor der Operation befragt worden waren, wurden die Differenzraten entsprechender Aufklärungsfunktionen miteinander verglichen. Signifikante Unterschiede konnten dabei nicht festgestellt werden, was entweder den Schluß zuließe, daß die Gelegenheiten zur angemesseneren Aufklärung nicht genutzt wurden, oder daß die Situation nach der Operation soviel neue Fragen aufwarf, die der Aufklärung bedurften.

Gezeigt werden konnte, daß Patienten, die ihre körperlichen Leiden stärker betonten als andere, eine signifikant höhere Differenzrate beim Vergleich entsprechender Aufklärungsfunktionen aufwiesen. Es scheint sich hierbei um "unbequemere" Patienten zu handeln, die ein besonderes Problem für das Erreichen angemessener Aufklärung darstellen und die bei einer Strategie besonders berücksichtigt werden müßten.

Anhand der Ergebnisse der untersuchten Stichprobe zeigte sich, daß die Möglichkeiten, durch Rückorientierung an der Bedeutungszumessung des Partners zu einer besseren Verständigung und damit zu angemessenerer Aufklärung zu gelangen, noch sehr unzureichend genutzt wurden.

Anmerkungen

1) Klein, 1974, S. 54
2) vgl. Klein, 1974, S. 48
3) Klein, 1974, S. 50
4) vgl. Art. 2, Abs. I, GG; außerdem: Erdsiek in: Neue Juristische Wochenschrift, H.18,1959, S. 807; Bockelmann in: Neue Juristische Wochenschrift, H.21,1961, S.945; Waidl in: Münchner Medizinische Wochenschrift, H. 103, 1961, S. 1832

4a) Zum Problem der Drittwirkung im Privatrecht, vgl. Hesse, 1972 S. 145 ff. (147)

5) Nach Arbab-Zadeh (1967, S. 149) steht der Persönlichkeitsschutz der Individuen im Vordergrund. Für Mähler (in: Münch. Med. Wschr., H.107, 1965, S. 680) sind Wille und Selbstbestimmungsrecht des Patienten die ausschlaggebenden Kriterien für Zulassung und Beschränkung des ärztlichen Heilauftrages. Aber erst durch eine angemessene Aufklärung wird die Willensbildung möglich.

Es wurde oft der Eindruck geäußert, daß von juristischer Seite aus das Wohl des Patienten, wie Kohlhaas (1969, S. 74) sich ausdrückt, hinter der Willensfreiheit des Patienten eingestuft würde. Dies hat Bockelmann (1968, S. 58) dazu veranlaßt, den alten hippokratischen Grundsatz "Salus aegroti suprema lex" überspitzt in "Voluntas, non salus aegroti suprema lex" umzuformulieren. Gegen die herausragende Gewichtung des Wollens und Willens wendet sich Rieger (in: Ärztliche Mitteilungen, 1964, S.155), indem er betont, daß gerade durch den Art. 2 GG nicht nur der freie Wille, sondern dessen Voraussetzung, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit geschützt werden soll.

6) vgl. hierzu Johe in: Die Zeit, Nr. 29, 1975. Die Schreiberin des "Zeit"-Artikels berichtet über die besonderen Schwierigkeiten, auf die sie stieß, als sie den Wunsch nach einer angemesseneren Aufklärung äußerte.
7) Geilen, 1971, S. 11; vgl. hierzu auch Hallermann, 1971, S. 44 f.
8) Die Fragen ärztlicher Aufklärung hinsichtlich der 'Wahrheitspflicht' werden bei Dietzfelbinger (1972) recht umfassend dargestellt. Hier finden sich auch noch viele zusätzliche Hinweise, die an dieser Stelle nicht näher behandelt werden können. Weitere rechtliche Grundlagen zur Aufklärung finden sich bei Debes (1967), Hollmann in:

NJW, H.32, 1973, S. 1393; Laufs in: NJW, H.45, 1974, S. 2025; Laufs in: NJW, H.25, 1976, S. 1122 ff; Kleinewerfers in: Forster, 1963, S. 15; Narr 1973, S. 75 ff.;

9) zum ärztlichen Behandlungsvertrag siehe Weimar, 1974, S. 11

10) vgl. Palant, 1966, Einfg. v. § 611, Anmerkung 2a. Bei kosmetischen Operationen und bei bestimmten zahnärztlichen Verrichtungen kann § 631 BGB zur Anwendung kommen, der das Verhältnis als einen Werkvertrag regelt, wobei es um den vertraglich festgelegten Arbeitserfolg geht.

11) vgl. Dietzfelbinger, 1972, S. 54

12) vgl. § 276 BGB

13) vgl. Dietzfelbinger, 1972, S. 54 und Kohlhaas, 1969, S. 74. Es ist mir nicht bekannt, daß ein Patient einmal nach gelungener Behandlung gegen einen Arzt wegen ungenügender Aufklärung geklagt hat.

14) vgl. Oelkers in: Münch. Med. Wschr. H.7, 1972, S. 304

15) vgl. Geilen, 1971, S. 13; außerdem Veraguth, 1935, S. 388

16) Die evtl. Rechtspflicht zur Behandlung aus § 330 c StGB - unterlassene Hilfe - bleibt hiervon unberührt. Zur Hilfeleistungspflicht vgl. Kreuzer, 1971, S. 217

17) Weimar, 1974, S. 12

18) Engisch in: Universitas, H.5, 1965, S. 471

19) vgl. hierzu z.B. Bockelmann, 1968, S. 50 ff. und Bauer in: Forster, 1963, S. 47 ff.

20) vgl. § 226 a StGB. Zur Legitimation vgl. Gallwas in: NJW, H.25, 1976, S. 1134

21) vgl. Weimar, 1974, S. 48

22) Erläuterungen von Lackner/Maassen, 1969, zum § 226 a StGB

23) vgl. Erläuterung Nr. 2 a von Lackner/Maassen, 1969, zum § 226 StGB

24) vgl. Schmidt, 1962, S. 125, S. 134 ff; Engisch in: Universitas, H.5, 1965, S. 469; Bockelmann, 1968, S. 61 f.; Geilen in: Mergen, 1971, S. 25

25) Urteil vom 16.1.1973 - 16 U 50/72, OLG-Stuttgart, in: Neue Juristische Wochenschrift, H. 13, 1973

26) vgl. Bockelmann, 1968, S. 59; Engisch/Hallermann, 1970, S. 34 f; Geilen in: Mergen, 1971, S. 36; BGH Urteil vom 16.11.1971, VI ZR 76/70 (Saarbrücken) in: Neue Juristische Wochenschrift, H. 8, 1972, S. 335

27) vgl. Kohlhaas, 1969, S. 81

28) BGH Urteil vom 28.11.1972, VI ZR 133/71 (KG) in: Neue Juristische Wochenschrift, H. 13, 1973, S. 556 ff. Vgl. auch BGH Urteil vom 4.11.1975, VI ZR 226/73 (Hamm) in: NJW, H.9, 1976, S. 363.

29) vgl. Kohlhaas, 1969, S. 79

30) vgl. Kohlhaas, 1969, S. 76

31) vgl. Bockelmann, 1968, S. 58

32) vgl. Geilen in: Mergen, 1971, S. 33

33) BGH Urteil vom 28.11.1972, VI ZR 133/71 (KG) in: Neue Juristische Wochenschrift, H.13, 1973, S. 556; vgl. außerdem Schwalm, 1961, S. 29; Hagedorn, 1965, S. 101 f; Bockelmann, 1968, S. 59; Geilen in: Mergen, 1971, S. 32. Weitere Urteile

zum Ausmaß und Anforderungen einer angemessenen Aufklärung: BGH Urteil vom 22.6.1971, VI ZR 230/69 (Hamm) in: NJW, H.42, 1971, S. 1887; OLG-Stuttgart, Urteil vom 16.1.1973, 16 U 50/72 in: NJW, H. 13, 1973, S. 560; BGH Urteil vom 12.2.1974, VI ZR 141/72 (Frankfurt) in: NJW, H. 32, 1974, S. 1422; OLH Hamburg, Urteil vom 19.11.1974 - 2 Ss 123/74 in: NJW, H. 13, 1975, S. 603; BGH Urteil vom 25.11.1975, VI ZR 122/73 (Hamm) in: NJW, H. 9, 1976, S. 365

34) vgl. BGH Urteil vom 4.11.1975, VI ZR 226/73 in: NJW, H.9, 1976, S. 363

35) vgl. Engisch in: Universitas, H.5, 1965, S. 473; außerdem: Winter in: Münch. Med. Wschr., H. 48, 1970, S. 2195 f.

36) vgl. zur Diagnose Krebs: Adam in: Med. Welt, H. 23, 1962, S. 1291 f; Karitzky in: Münch. Med. Wschr., H. 106, 1964, S. 106 f; Wiedmann in: Wiener Klin. Wschr., H. 79, 1967, S. 925; Perret in: Med. Klin., 1959, H. 4, S. 138

37) Engelhardt, 1971, S. 41. Vgl. dazu auch Scheicher in: Forster, 1963, S. 69 ff.

38) nach Geilen in: Mergen, 1971, S. 39 f; vgl. auch Winter in: Münch. Med. Wschr., H. 48, 1970, S. 2195; Engisch in: Universitas, H. 5, 1965, S. 469

39) vgl. Schmidt, 1962, S. 136; Kohlhaas, 1969, S. 83; Geilen in: Mergen, 1971, S. 25; siehe auch Laufs in: NJW, H. 45, 1974, S. 2025

40) Geilen in: Mergen, 1971, S. 29

41) Engisch in: Universitas, H. 5, 1965, S. 473; vgl. auch Laufs in: NJW, H. 45, 1974, S. 2025

42) vgl. Kohlhaas, 1969, S. 77 ff

43) vgl. Geilen in: Mergen, 1971, S. 29

44) vgl. Arbab-Zadeh, 1967, S. 164

45) Deneke, 1964, S. 76

46) vgl. Veraguth, 1935, S. 388

47) vgl. hierzu Perret, 1956, S. 12; Waidl in: Münch. Med. Wschr., H. 103, 1961, S. 1832; Adam in: Med. Welt, H. 23, 1962, S. 1231

48) vgl. Roemer, 1961, S. 5; Hagedorn, 1965, S. 58, 93

49) vgl. Junghanns, 1962, S. 59; Scheidler in: Münch. Med. Wschr., H. 106, 1964, S. 355

50) vgl. Wiethölter, 1962, S. 71 f

51) vgl. hierzu Schönke-Schröder, 1967, § 223 Rdn. 16; Kaltzky in: Münch. Med. Wschr., H. 106, 1964, S. 342; Roemer in: Med. Welt, H. 31, 1962, S. 1601; Morgenthum in: Ärztliche Mitteilungen, H. 19, 1961, S. 721

52) vgl. Schroeder in: Münch. Med. Wschr., H. 47, 1957, S. 1789; Wyrsch in: Schweizerische Med. Wschr., H. 49, 1962, S. 1377

52a) Kuhlmann (in NJW, H. 50, 1973, S. 2239) berichtet über den Einsatz eines Dokumentenbuches, das dem Patienten die wichtigsten Sachverhalte des ärztlichen Eingriffs erklärt und so auf das ärztliche Gespräch vorbereitet.

53) vgl. Schoene in: König/Tönnesmann, 1965, S. 80-114

54) Schoene in: König/Tönnesmann, 1965, S. 99

55) vgl. Mayntz in: Hippokrates, H. 19, 1969, S. 769

56) vgl. zum Personproblem in der Medizin: Volz in: Arzt und Christ, H. 1, 1964, S. 144

57) Koch in: Psychologie heute, H. 1, 1975, S. 13

58) vgl. Engelhardt/Wirth/Kindermann, 1973, S. 144

59) Die Diskussion über das Leib-Seele-Problem ist außerordentlich umfangreich, so daß hier nicht näher darauf eingegangen werden kann. Ich verweise lediglich auf einige Literatur, die mir selbst zur Einführung diente: Selg/Bauer, 1971, S. 14 ff; Jores, 1959 a, S. 39 ff; Verweyen, 1919, S. 63 ff; Alverdes, 1954, S. 21 ff; Delius und Fahrenberg, 1966,. Als Vertreter eines physiologisch akzentuierten Ansatzes seien genannt: Feigel in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 3; Reenpää in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 15

60) Es darf als das Verdienst V.v.Weizsäckers angesehen werden, das Verhältnis von Krankheit und Person richtungsweisend und konkret für die Medizin erörtert zu haben. Die Existenzweise des Menschen ist nach ihm im Unterschied zur Welt der Sachen nicht als "ontisch", sondern als "pathisch" zu charakterisieren (vgl. Weizsäcker, 1967, S. 5 ff, S. 57 ff), zu deren Beschreibung die "pathischen Kategorien" wie das "Dürfen, Müssen, Wollen, Sollen, Können" notwendig sind (vgl. Weizsäcker, 1967, S. 60 ff). Wyss würdigt das Vorgehen V.v.Weizsäckers, indem er schreibt: "Von Weizsäckers Bestreben, das Subjekt in die Medizin einzuführen, ist auf dem Boden dieser Anschauungen v. Krehls entstanden. Während jedoch v. Krehls Auffassungen das allgemein Programmatische und Richtunggebende nicht überschritt, entwikkelt demgegenüber sowohl im empirischen Experiment, als auch in seiner detaillierten Untersuchung über das Arzt-Patient-Verhältnis von Weizsäcker konkrete Begriffe, das Wesen eben der Person, des Subjekts zu erfassen." (Wyss in: v.Weizsäcker/Wyss, 1957, S. 227; vgl. hierzu auch V.v.Weizsäcker, 1973, S. 247)

61) Entralgo, 1950, S. 165-167

62) vgl. Siegrist, 1974, S. 150; Deutsches Ärzteblatt, H. 27, 1976, S. 1832; Der informierte Patient spart Kosten.

63) Klein, 1974, S. 54

64) vgl. Keller in: Frankl/ v.Gebsattel/Schultz, Bd. V., 1961, S.569 f

65) vgl. Hassenstein in: Gadamer/Vogler, 1972, Bd. II, S. 96

66) vgl. Keller in: Frankl/v.Gebsattel/Schultz, Bd. V, 1961, St. 570

67) vgl. Keller in: Frankl/v.Gebsattel/Schultz, Bd. V, 1961, S. 571

68) vgl. Bollnow in: Roček, 1972, S. 19; vgl. auch Scheler, 1947, Neuaufl. S.51

69) vgl. Scheler, 1947 Neuaufl., S. 34 ff

70) Gehlen, 1957, S. 8; vgl. auch Portmann, 1969, S. 47-55, 73-83. Büchner befürchtet hier, daß durch die Kontrastierung des Menschen am Tier dessen Sonderstellung wieder aufgegeben wird (vgl. Büchner, 1957, S. 77; siehe hierzu auch Rausch, 1957, S. 185 ff).

71) vgl. Eibach, 1974, S. 112 ff. Der Selbstentwurf des Menschen scheint in jedem Fall eine ihm übergeordnete Bezugsgröße zu erfordern, von woher der Mensch seine Sonderstellung erwirbt. So vertritt Marquart die Ansicht, daß die gegenwärtige Konjunktur der philosophischen Anthropologie der Ausdruck einer Vertrauenskrise gegenüber der Geschichte und ihrer Philosophie sei. "Wo der 'Geist' zu 'ohnmächtig' scheint und die Geschichte zu unvernünftig, um von sich her einen Sinn zu haben, bleibt schließlich nur noch die Natur, um diesen Sinn ihr zu geben." (Marquart in: ders., 1973, S. 135) Es scheint, als mache die philosophische Anthropologie den Versuch, die Metaphysik christlicher Religion - als Garant für Sinn und Würde menschlichen Lebens - über die Natur hereinzuholen.

Auf den umfassenden Entwurf einer theologischen Anthropologie bei Teilhard de Chardin, der Naturgeschichte und Menschheitsgeschichte als Einheit in der Evolution zu einem gemeinsamen transzendenten Ziel hin darstellt, sei hier nur kurz hingewiesen, weil er fruchtbringend auf ein Konzept von Organismus und Person angewandt werden könnte (vgl. Teilhard de Chardin, 1959; Gosztonyi in: Roček, 1972, S. 142 ff).

72) Habermas, 1973, S. 246

73) Jaspers, 1971, S. 50

74) Kamper, 1973, S. 26

75) Einschätzungen wie: intelligent, aufgeschlossen, verständig, dumm, verschlossen, uneinsichtig, sagen nichts über die Willensfreiheit des Patienten aus, sondern geben lediglich einen Hinweis auf eine ggf. erforderliche Modifizierung der Aufklärung. Der Nachweis, daß einem verständigen Patienten mehr Willensfreiheit zugesprochen werden muß als einem uneinsichtigen, müßte erst noch erbracht werden.

76) Schelsky, 1965, S. 227

77) Linton in: Hartmann, 1973, S.

78) Dreitzel, 1968, S. 110, zit. nach Rittner I in: Kamper, 1974, S. 109

79) Um ein etwas entfremdetes Beispiel zu nennen, das den Sachverhalt vielleicht trotzdem deutlich machen kann: ein Fernsehgerät habe eine ganz bestimmte 'Position' in der Schrankwand eines Zimmers. Wird das Gerät angeschaltet, 'spielt es eine Rolle'.

80) vgl. Linton in: Hartmann, 1973, S. 312

81) vgl. Merton in: Hartmann, 1973, S. 316

82) vgl. Goffman, 1973, S. 96

83) Gehlen, 1974, S. 71

84) Zur Entfremdung durch die Rolle siehe Dahrendorf, 1965

85) Portmann in: Universitas, H. 4, 1957

86) "Unter Sozialisation wird.....jener Prozeß des sozialen Lernens

begriffen, durch den die (heranwachsenden) Individuen im Rahmen einer bestimmten Gesellschaft und im Medium gesellschaftlichen Umgangs sozial handlungsfähig werden. Wie aber eine solche Vergesellschaftung der menschlichen Natur zu denken sei, ob als Bearbeitung eines Gegebenen oder als Hervorbringung, ob als Einschränkung unendlicher Möglichkeiten oder als endliche Verwirklichung, ob als Verlust oder als Gewinn, ist bereits durch die vorliegende Perspektive entschieden, bevor der Prozeß überhaupt im einzelnen sichtbar werden kann." (Kamper in: ders., 1974, S. 15 f).

87) vgl. Berger, 1973, S. 15

88) Das Individuum kann natürlich auch mit der Rolle in Konflikt geraten. Weiteres zur Rollentheorie bei Rittner I in: Kamper, 1974, S. 109-121

89) vgl. zur Rechtfertigung der inhaltlichen Rollenfüllung von Parsons: Rohde in: Arzt und Christ, H. 3 - 4, 1968, S. 149

90) vgl. Parsons in: König/Tönnesmann, 1958, S. 14 ff

91) zur Kritik der inhaltlichen Füllung der Arztrolle vgl., z.B. Pflanz in: König, Bd. II, 1969, S. 1140 f

92) vgl. Siegrist, 1974, S. 111

93) vgl. Siegrist, 1974, S. 112. Die Position des Arztes, seine Rechte und Pflichten, wird außer durch das allgemeine Recht noch durch die Bundesärzteordnung sowie durch die Berufsordnung der Ärztekammern bestimmt.

94) vgl. Parsons in: König/Tönnesmann, 1958, S. 16 ff

95) vgl. Parsons in: König/Tönnesmann, 1958, S. 51

96) Parsons in: König/Tönnesmann, 1958, S. 21

97) vgl. hierzu ergänzend Freidson (in: American Journal of

Sociology Nr. 4, 1960, S. 374), der zwei verschiedene Kontroll- und Beurteilungssysteme des Praktikers untersucht: das Laiensystem und das Berufssystem (die Kollegen).

98) Beckmann in: Psyche, H. 8, 1973, S. 718

99) Es drängt sich hier der Vergleich mit einem Bild auf, das Watzlawick et al. in bezug auf eine bestimmte Ehebeziehungsform gebrauchten: zwei Segler bemühen sich, ein an sich stabiles Boot durch 'Ausreiten' an den beiden gegenüberliegenden Seiten im Gleichgewicht zu halten. "Je mehr der eine sich hinauslehnt, desto weiter hinaus muß sich auch der andere lehnen, um die Gleichgewichtsstörungen 'auszureiten', die die Stabilisierungsversuche des anderen verursachen, während das Boot selbst durchaus im Gleichgewicht wäre, wenn die beiden es nicht unter so akrobatischen Anstrengungen zu stabilisieren trachteten." (Watzlawick/Weakland/Fisch, 1974, S. 56)

100) Beckmann in: Psyche, H. 8, 1973, S. 718; vgl. hierzu auch Beckmann in: Münch. Med. Wschr., 1972, S. 133, H. 4

101) vgl. Goode in: Hartmann, 1973, S. 336

102) vgl. z.B. Kaupen-Haas, 1969; Geißler in: Probleme und Ergebnisse der Psychologie, Bd. 12, 1964, S. 31; Koch in: Psychologie heute, H. 1, 1975, S. 13

103) Inwieweit diese überspitzten Erwartungen der Gesellschaft eigentlich säkularisierte Heilserwartungen darstellen und von daher bis zu ihrer Neubesetzung äußerst hartnäckig ihren Platz behaupten dürften, soll hier nicht erörtert werden. Wagner (1970) macht in diesem Zusammenhang den Versuch zu zeigen, wie durch Säkularisierung der Wissenschaft pseudoreligiöse Züge beigelegt wurden und wie die ehemals metaphysische Heilserwartung in den Wissenschaftsglauben umschlug.

104) vgl. Szasz/Hollender (in: Archives of Internal Medicine, Bd. 97, 1956, S. 585), die drei Basismodelle des Arzt-Patient-Verhältnisses von unterschiedlicher Exzentrizität zeigen.

105) Mitscherlich, Bd. II, 1969, S. 155

106) vgl. Uexküll, 1963, S. 208

107) vgl. Stryker in: Auwärter/Kirsch/Schröter, 1976, S. 258

108) Stryker in: Auwärter/Kirsch/Schröter, 1976, S. 258 f

109) vgl. Rittner II in: Kamper, 1974, S. 97

110) vgl. Mead, 1973

111) vgl. hierzu auch Portmann in: Universitas, H. 7, 1967, S. 673

112) vgl. Rose in: Hartmann, 1973, S. 266

113) vgl. Blumer in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, 1973, S. 81, Bd. I

114) vgl. Blumer in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, 1973, S. 83

115) Rittner II in: Kamper, 1974, S. 98

116) Mead, 1973, S. 235

117) Stryker in: Auwärter/Kirsch/Schröter, 1976, S. 263

118) "Identität. - Identität ist die substantielle Dimension des Selbst.
Fast alle Autoren, die den Begriff benutzen, gehen davon aus, daß Identität bestimmt, was und wo die Person in sozialer Hinsicht ist, Identität ist kein anderes Wort für 'Selbst'. Vielmehr ist eine Person, die Identität hat, situiert, plaziert - d.h. durch Anerkennung ihrer Beteiligung oder Mitgliedschaft in sozialen Beziehungen zu einem sozialen Objekt geworden. Die Identität einer Person ist etabliert, wenn andere Personen sie als soziales Objekt situieren, plazieren, indem sie ihr dieselben

identifizierenden Merkmale zuordnen, die sie für sich selbst in Anspruch nimmt oder anmeldet.....
Zudem bildet Identität die Basis jeder Rolle. " (Gross/Stone in: Auwärter/Kirsch/Schröter, 1976, S. 279 f)

119) Siegrist, 1970, S. 55

120) vgl. Siegrist, 1970, S. 47

121) Eine eingehende Darstellung dynamischer Prozesse beim Aushandeln von Rolle und Status unter dem Gesichtspunkt der Unterscheidung zwischen Basisregeln und normativen Regeln gibt Cicourel in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Bd. I, 1973, S. 147

122) vgl. Krappmann in: Auwärter/Kirsch/Schröter, 1976, S. 315

123) In diesem Zusammenhang sei auf die Arbeit von Berger/Luckmann verwiesen, die vom gesellschaftlichen Aspekt aus zeigen, wie auf der Grundlage symbolisch vermittelter, bedeutungsstiftender Interaktionsprozesse Wirklichkeit gesellschaftlich konstruiert wird. (Berger/Luckmann, 1972)

124) vgl. hierzu z.B. Delay/Pichot, 1971, S. 335

125) vgl. hierzu Rogers/Skinner in: Rost/Grunow/Oechsle, 1975, S. 38 ff

126) vgl. Deutsches Ärzteblatt, H. 23, 1976, S. 1543

127) vgl. Rohde in: Arzt und Christ, H. 3 - 4, 1968, S. 149

128) vgl. Weiterbildungsordnung in: Deutsches Ärzteblatt, H. 23, 1976, S. 1572; außerdem Müller-Osten in: Münch. Med. Wschr., H. 16, 1975, S. 28

129) vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 57 ff

130) vgl. V.v.Weizsäcker, 1973, z.B. S. 11f, 247 ff

131) vgl. zum Operationsverhalten des Operateurs:Argyle zur selektiven Wahrnehmung: "Die selektive Wahrnehmung von Schlüsselreizen ist ein wesentliches Element serieller motorischer Fertigkeiten. Der Handelnde lernt, auf welche Reize er achten muß und wird für sie außerordentlich empfänglich.....Der Handelnde lernt auch, wohin er jeweils schauen muß, um die notwendige Information zu erhalten: die Wahrnehmung ist hochselektiv. Die ankommenden Daten werden aktiv zu größeren Einheiten organisiert, die als Objekte, Signale oder Schlüsselreize erkannt werden. Sie werden ihrerseits interpretiert, d.h., sie werden dazu verwendet, künftige Ereignisse vorauszusagen.....Der motorisch Handelnde verwendet noch andere Wahrnehmungskanäle - Gehör, Gefühl und Signale von den Muskeln (Kinästhesien) über die Position der Glieder und des Körpers. Meist werden Gefühl und Kinästhesien stärker herangezogen, wenn die Fertigkeit gut beherrscht wird: das Sehen bleibt für solche Schlüsselreize reserviert, die sich mit anderen Sinnen nicht erfassen lassen oder die zu weit entfernt sind." (Argyle, 1972, S. 179; vgl. auch Nuttin in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 180 ff)

132) vgl. Goffman, 1973, S. 131 ff

133) Rohde, 1962, S. 251

134) vgl. Rohde, 1962, S. 277; vgl. auch BGH Urteil vom 27.11.1973 - VI ZR 167/72 (Bamberg) in: NJW, H. 14, 1974, S. 604 zum Unwirksamsein der Einwilligung bei der Aufklärung durch eine nicht vollmedizinisch ausgebildete Hilfskraft.

135) vgl. Stern, o.J., S. 14

136) vgl. Schaefer/Blohmke, 1972, S. 112

137) V.v.Weizsäcker, 1957, S. 109

138) vgl. Enke-Ferchland/Malzahn/Pohlmeier/Speierer/Troschke, 1973, S. 286

139) vgl. z.B. Delay/Pichot, 1971, S. 354; außerdem Schulten, 1966, S. 44 ff

140) Kütemeyer in: Medicus Viator, 1959, S. 198

141) vgl. zum Kranksein und Krankheit haben: Thurneysen in: Medicus Viator, 1959, S. 260

142) Plügge, 1962, S. 97

143) vgl. Engelhardt, 1971; Lohmann in: Internist, H. 13, 1972, S. 452

144) vgl. V.v.Weizsäcker, 1973; V.v.Weizsäcker in: Weizsäcker/Wyss, 1957, S. 102 ff

145) vgl. Delius/Fahrenberg, 1966

146) Delius/Fahrenberg, 1966, S. 9 - 10

147) V.v.Weizsäcker, 1950/51, S. 9

148) Bodamer, 1967, S. 63

149) vgl. Balint, 1970, S. 248

150) vgl. Siebeck, 1953, S. 30

151) vgl. Rössler in: Medicus Viator, 1959, S. 175

152) vgl. hierzu Rössler in: Medicus Viator, 1959, S. 176; Leibbrand in: Stud. Gen., H. 6, 1953, S. 33 ff; V.v.Weizsäcker, 1967, S. 8; Schaefer/Blohmke, 1972, S. 329; Lüth, 1972, S. 59; Pflanz in: Hippokrates, H. 22, 1964, S. 894

153) vgl. Wesiack in: Münch. Med. Wschr., H. 48, 1972, S. 2113

154) vgl. Clyne in:Internist, H. 13, 1972, S. 409

155) vgl. Aeffner/Hartmann/Reichertz/Wieland zit. nach Hartmann in:

Münch. Med. Wschr., 1972, H. 4, S. 117

156) vgl. Hartmann in: Münch. Med. Wschr., H. 4, 1972, S. 117; Lüth, 1972, S. 59

157) vgl. Wesiack in: Münch. Med. Wschr., H. 48, 1972, S. 2113

158) vgl. z.B. Schaefer/Blohmke, 1972, S. 329

159) vgl. Jores, 1959 a, S. 144; Kütemeyer in: Universitas, 1967, S. 243

160) vgl. Guirdham, 1960, S. 117

161) Balint, 1970, S. 265

162) vgl. hierzu Mitscherlich, Bd. II, 1967, S. 9. Moeller erwähnt in diesem Zusammenhang die schichtspezifischen Varianten des arztaffinen und arztaversen Krankheitsverhalten, wodurch gezeigt wird, daß sich die Patienten schichtunterschiedlich in ihrem Krankheitsverhalten ausdrücken. (Moeller in: Das Argument 71, H. 1/2, 1972, S. 95)

163) Plügge, 1962, S. 106

164) Thomae (in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 317) stellt im Hinblick auf die Daseinsbewältigung eine Arbeit von Hambitzer (1962) über die Auseinandersetzung von Körperbehinderten (hauptsächlich Kriegsbeschädigten) mit ihrem Schicksal vor. Es zeigt sich dabei, daß die wichtigste Größe zur psychischen Bewältigung der Körperbehinderung die Veränderung des Selbstbildes darstellt.

165) Auf die wesentliche Rolle der sozialen Umwelt im Hinblick auf die Stigmatisierung eines Menschen als Kranken kann hier nicht näher eingegangen werden. Vgl. hierzu Goffman, 1975

166) Pflanz in: Universitas,H. 6, 1968, S. 597

167) vgl. z.B. Blohmke/Schaefer, 1966, S. 15

168) vgl. Jores in: Universitas, H. 1, 1964, S. 55

169) vgl. Schaefer/Blohmke, 1972, S. 235

170) vgl. hierzu Strotzka in: Internist, H. 13, 1972, S. 403; Uexküll in: Universitas, 1964, S. 469

171) vgl. für psychosomatische Erkrankungen Richter, 1972

172) vgl. z.B. Mechanic/Volkart in: American Sociological Review, H. 1, 1961, S. 51

173) vgl. hierzu Siegrist, 1974, S. 150; Deutsches Ärzteblatt, H. 27, 1976, S. 1832: Der informierte Patient spart Kosten.

174) vgl. Pflanz/Pinding/Armbrüster/Török in: Med. Klin., H. 10, 1966, S. 391

175) vgl. Enke/Enke-Ferchland/Malzahn/Pohlmeier/Speierer/Troschke, 1973, S. 291

176) vgl. Delay/Pichot, 1971, S. 350

177) Im Zusammenhang der beigemessenen Bedeutung des Krankseins sei auf die Untersuchung von Daum (1975) hingewiesen, der das Symptom Kopfschmerz bei der Gießener Bevölkerung im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung betrachtet.

178) Engelhardt/Wirth/Kindermann, 1973, S. 53; außerdem Engelhardt, 1971, S. 10

179) Rohde in: Ritter-Röhr, 1975, S. 197-199

180) vgl. Lederer in: Jaco, 1958, S. 250 f

181) vgl. Siegrist in: Zeitschrift für Soziologie, H. 3, 1972, S. 271-280.
Mit dem Regressionstheorem eng im Zusammenhang steht Beckmanns psychoanalytisches Modell von Übertragung und Gegenübertragung bei der Arzt-Patient-Beziehung (siehe Beckmann in: Kerekjarto,

1974, S. 252; ders. in: Münch. Med. Wschr., H. 4, 1972, S. 133).

182) vgl. hierzu die Kapitel I.2.1. und I.2.2. dieser Arbeit

183) Siegrist in: Zeitschrift für Soziologie, H. 3, 1972, S. 274

184) Siegrist in: Zeitschrift für Soziologie, H. 3, 1972, S. 274

185) Siegrist formuliert diese These in bewußtem Gegensatz zum Regressionstheorem, das die Motivation nach mehr Information allzu leicht unterschlägt und den kindlichen Verhaltensweisen des Patienten sowie den väterlich-führenden des Arztes den Vorrang gibt.

186) Als Beispiel wird die subjektive Überschätzung der Visitendauer angegeben (vgl. Siegrist in: Zeitschrift für Soziologie, H. 3, 1972, S. 277 f)

187) Wheeler spricht in diesem Zusammenhang allgemein von "Sozialisationsanstalten", deren "Sozialisationsagenten", die "Insassen" mit den entsprechenden Rollenerwartungen vertraut machen. (Vgl. Wheeler in: Brim/Wheeler, 1974, S. 55 f)

188) Die folgende Darstellung stützt sich auch auf eigene Beobachtungen.

189) Strauss (1974) zeigt in einem Essay grundlegende Probleme des Identitätswandels bei Prozessen des Statuswechsels auf. Derartige Probleme betreffen auch den Patienten im Krankenhaus.

190) vgl. hierzu Argyle, 1972, S. 195

191) Jacob (in: Medicus Viator, 1959, S. 229) schildert am Fall eines tuberkulosekranken jungen Mannes, daß das Verhalten seiner Bekannten in die "territoriale und personale Umgebung des Krankenhauses einbezogen werden muß."

192) Baumgürnter et al., 1973, S. 431; vgl. auch Hund, 1972

193) Scheflen in: Auwärter/Kirsch/Schröter, 1976, S. 226

194) vgl. Haseloff in: Gadamer/Vogler, 1973,S. 94 ff

195) vgl. Haseloff in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 95

196) Auch C.F.v. Weizsäcker verfolgt in seinem Vortrag "Das philosophische Problem der Kybernetik" (in: ders.,1971, S. 280 ff), das Ziel, die naturwissenschaftlich-technischen Möglichkeiten der Medizin in die mitmenschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient zu integrieren und die Frontstellung zwischen beiden aufzuheben (vgl. a.a.O. z.B. S. 283). "Der Arzt begegnet dem Menschen nicht als einem unter vielen naturwissenschaftlichen Objekten. Er begegnet ihm als einem Mitmenschen, insbesondere als einem leidenden, der Hilfe bedürfenden Mitmenschen. Er versucht, ihm zu helfen, indem er die Vorgänge in seinem Körper kausal analysiert, bis er die Gründe seines Leidens gefunden hat, um sie dann, wenn er kann, zu beheben. Insofern ist der Arzt Naturwissenschaftler um des Mitmenschen willen." (a.a.O., S. 289)

197) vgl. Haseloff in:Gadamer/Vogler, 1973, S. 96

198) vgl. Haseloff in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 97; hierzu auch Schneider, 1967, S. 408 ff.
Bei dem Freiheitsspielraum des Menschen würde direkt umgesetzte Handlung ohne Berücksichtigung von Erfahrungswerten und Stabilisierungskriterien mit erheblichen Risiken, ja mit der Gefährdung der Existenzweise einhergehen. Deshalb ist auch in dem Durchspielen von Handlungen auf symbolisch-sprachlicher Ebene eine Grundvoraussetzung für Sozialisationsprozesse und soziale Beziehungen überhaupt zu sehen. Diese werden nämlich auf der Basis symbolischer Übereinkünfte geregelt und eingerichtet.

199) vgl. Argyle, 1972, S. 163

200) vgl. Argyle, 1972, S. 151 f

201) vgl. v. Uslar in: Gadamer/Vogler, 1973, S. 388 f

202) vgl. Argyle, 1972, S. 91 ff

203) Fröhlich, 1971, S. 57; zum Angstverhalten des Patienten vgl. z.B. Strauch in: Universitas, 1955, S. 1295 und Levitt, 1971, S. 128 ff

204) vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972

205) Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 53

206) Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 56

207) vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 55

208) Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 61

209) Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 68

210) Watzlawick/Beavin/Jackson, 1972, S. 70

211) vgl. Laing/Phillipson/Lee, 1971, S. 20 ff

212) vgl. Wesiack in: Hippokrates, H. 2, 1971, S. 207

213) Wesiack in: Hippokrates, H. 2, 1971, S. 211

214) vgl. hierzu Herrlitz in: Funkkolleg Sprache Bd. I, 1973, S. 74 ff; Hundsnurscher in: Funkkolleg Sprache, Bd. I, 1973, S. 57 ff

215) vgl. Siegrist o.J.

216) vgl. Chomsky, 1973, S. 52 ff

217) Baumgärtner/Wagner in: Funkkolleg Sprache, Bd. I, 1973, S. 210

218) vgl. Baumgärtner/Wagner in: Funkkolleg Sprache, Bd. I, 1973, S. 215

219) vgl. Cicourel in: ders., 1975, S. 77

220) vgl. hierzu Cicourel in: ders., 1975, S. 76

221) Cicourel in: ders., 1975, S. 80

222) vgl. z.B. Cicourel in: ders., 1975, S. 79

223) vgl. Bernstein, 1970, S. 62 ff, 99 ff

224) v. Ferber, 1971, S. 8

225) vgl. v. Polenz in: Leuvense Bijdragen, 1974, H. 63, S. 97

226) v. Ferber, 1971, S. 8

227) vgl. v. Ferber, 1971

228) v. Ferber in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, H. 1, 1975, S. 92

229) vgl. zum Kontext Hymes in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen. 1973, Bd. II, S. 347

230) vgl. Schütze et al. in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Bd. II, 1973, S. 444 und Cicourel in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Bd. I, 1973, S. 150 ff

231) vgl. Laing/Phillipson/Lee, 1971, z.B. S. 44

232) vgl. Siegrist, 1970, S. 44 ff, S. 55 ff

233) vgl. Schütze et al in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Bd. II, 1973, S. 444

234) vgl. Hallermann (in: Mergen, 1971, S. 44): "Eine wohlverstan-

dene ärztliche Aufklärung hat aber eine ganz besondere, vorwiegend therapeutische Funktion."

235) Diese Überlegungen akzeptieren die schon erwähnte, durch den tentativen Vorgriff auf die Gesamtgestalt des Übermittelten gewonnene Idealisierung als wesentliches Moment der ärztlichen Aufklärung.

In diesem Zusammenhang sei auch auf Habermas verwiesen, der als Voraussetzung für eine Konsensustheorie der Wahrheit bei der wissenschaftlichen Fragestellung die ideale Sprechsituation eines (herrschaftsfreien) Diskurses zugrundelegt. Er unterscheidet dabei bewußt zwischen allgemeinem kommunikativem Handeln und Diskurs als einer Form der Metakommunikation und führt darauf aus: "Wir wissen, daß die institutionalisierten Handlungen diesem Modell reinen kommunikativen Handelns nicht entsprechen, obgleich wir nicht umhin können, kontrafaktisch immer wieder so zu tun, als sei dieses Modell wirklich - auf dieser unvermeintlichen Fiktion beruht die Humanität des Umgangs unter Menschen, die noch nicht sich als Subjekten völlig fremd geworden sind. Wir können retrospektiv jeweils wissen, daß eine vergangene Kommunikation, in der wir die genannten Indealisierungen vornehmen mußten, tatsächlich vom Modell reinen kommunikativen Handelns abgewichen ist." (Habermas in: Habermas/Luhmann, 1971, S. 120)

236) Waitzkin/Stoeckle (in: Lipowski, 1972, S. 180-215) leisten einen wichtigen Beitrag für die Systematisierung der Aufklärung durch sozialwissenschaftliche Kategorien. Als Einflüsse einer besseren Informationsübermittlung vom Arzt zum Patienten nennen sie:

1. Steigerung der Genauigkeit der Anamnesen
2. Hilfe beim Erstellen nützlicherer Krankengeschichten
3. Verstärktes Einverständnis des Patienten mit den therapeutischen Maßnahmen
4. Erhöhte Zufriedenheit des Patienten
5. Verbesserung der physiologischen und psychologischen Reaktionen des Patienten auf die Therapie.

237) Eine differenzierte Untersuchung zum Thema der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung gibt Neumann (1969).

238) vgl. hierzu z.B. Schröder in: Münch. Med. Wschr., H. 47, 1957, S. 1789; Wyrsch in: Schweizer Med. Wschr., H. 49, 1961, S. 1577; Warkentin in: Deutsches Ärzteblatt, H. 14/15, 1973, S. 915/995; Thomas in: Minnesota Medicine, H. 47, 1964, S. 405; Thielicke in/ Giesen/Schrey/Schultz, o.J., S. 362

239) vgl. Achté/Vauhkonen in: Hippokrates, H. 14, 1969, S. 535. Zur Reaktion von krebskranken Patienten auf die Mitteilung ihrer Diagnose vgl. auch Aitken-Swan/Easson in: British Medical Journal, H. 21, 1959, S. 779

240) vgl. Kübler-Ross, 1972; ebenso Norton in: Psyche, H. 2, 1968, S. 99

241) vgl. zur psychosozialen Seite des Sterbens: Jores in: Med. Klin., H. 7, 1959, S. 237; de Wind in: Psyche, 1968, S. 423; Stumpfe in: Münch. Med. Wschr., H. 12, 1975, S. 473; Seligman in: Psychologie heute, H. 7, 1976, S. 20

242) vgl. hierzu Pannenberg, 1968, S. 33. Zur gesellschaftlichen Funktion der Religion angesichts des Todes vgl. Berger, 1973, z.B. s. 24 f, 28 f, 43 f.

243) vgl. zum Gesundheitsverhalten: Pflanz/Pinding/Armbrüster/ Török in: Med. Klin., H. 10, 1966, S. 391 ff

244) vgl. hierzu Selg/Bauer, 1971, S. 92

245) vgl. Laing/Ronald/Phillipson/Lee, 1971, S. 83 f

246) Laing/Ronald/Phillipson/Lee, 1971, S. 83 f

247) Zur Kritik dieser Methode vgl. Wurm in: Das Argument, H. 1-3, 1973, S. 220 und Jahnke, 1975, S. 65 f

248) Zum sprachlichen Repräsentationsproblem vgl. Dietrich, 1973 S. 18 ff

249) Siehe zur Hypochondriasis-Skala des MMPI:
McKinley/Hathaway in: The Journal of Psychology, H. 10, 1940, S. 225; Hathaway/Meel in: Stern 1954, S. 291; Spreen/Sundberg 1970; Blaser/Gehring 1972

250) Auf die K-Skala und die Umrechnung in T-Werte wurde verzichtet.

251) Für die Bildung der Differenzen wurde von H.J.Friedrich eigens ein Fortranprogramm geschrieben. Diese Rechnung sowie das Programm KORJ zur Berechnung einer Korrelationssmatrix (Produkt-Moment-Korrelation) wurde im Hochschulrechenzentrum Gießen auf der Anlage Master CD 3300 durchgeführt.

252) Demling/Flügel in: Dtsche. Med. Wschr., H. 31, 1975, S. 1587, führten eine Befragung zur ärztlichen Aufklärung durch, bei der allerdings die Stellungnahme von Patienten in Form von Häufigkeitsaussagen berücksichtigt wurden.

253) Das Ergebnis deckt sich teilweise mit dem L.v.Ferbers, daß über Qualitätsmerkmale im Unterschied zu Strukturmerkmalen die geringste Verständigung erzielt wird (vgl.vFerber in: Kölner Zeitschr. für Soziologie und Sozialpsychologie H. 1, 1975, S. 92)

254) vgl. Siegrist in: Zeitschrift für Soziologie, H. 3, 1972, S. 277 f

255) Zum Interpretationsproblem allgemein vgl. Selg/Bauer, 1971, S. 141 ff

256) Die Varianzanalyse mit anschließendem Scheffé-Test scheint vor allem für den multiplen Vergleich die angemessenste Methode zu sein. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. Die folgenden Berechnungen wurden auf der Anlage Wang 720 im Institut für medizinische Statistik und Dokumentation, Gießen, durchgeführt:

1. Vergleich der Differenzgruppen für entsprechende Dimensionen.
2. Vergleich von aktiver und passiver Aufklärungsfunktion in D 1
3. Vergleich der Dimensionen aktiver Aufklärungsfunktion, einzeln für jede Differenzgruppe
4. Vergleich der Dimensionen passiver Aufklärungsfunktion, ein-

zeln für jede Differenzgruppe

5. Vergleich der Gruppen: Vor Operation/Nach Operation. Dieser Vergleich wurde zwischen den aktiven Aufklärungsfunktionen, dann zwischen den passiven Aufklärungsfunktionen in D 1 durchgeführt, - außerdem in D 3 für die aktiven Aufklärungsfunktionen und in D 2 für die passiven Aufklärungsfunktionen. Hierbei sei erinnert, daß das Verstehen des Patienten innerhalb der aktiven Aufklärungsfunktion als Indikator für angemessene Aufklärung galt, und daß das Verstehen des Arztes innerhalb der passiven Aufklärungsfunktion als ein Indikator angemessener Aufklärungsvoraussetzungen galt.
6. Vergleich der Gruppen: Betonung körperlicher Leiden/ Keine Betonung körperlicher Leiden. Dieser Vergleich wurde zwischen den aktiven Aufklärungsfunktionen und zwischen den passiven Aufklärungsfunktionen in D 1 durchgeführt, - ausserdem in D 3 für die aktiven Aufklärungsfunktionen und in D 2 für die passiven Aufklärungsfunktionen.

257) Eine ganze Korrelationsmatrix für folgende Variable: Hs-Rohwert, 6 Dimensionen von D1, 6 Dimensionen von D2, 6 Dimensionen von D3, Alter der Patienten wurde mit dem Programm KORJ am Hochschulrechenzentrum in Gießen durchgeführt. Ausführung siehe Anhang.

258) Ein solcher Schluß muß immer unter dem Vorbehalt eines wahrscheinlichen Zusammenhangs zwischen numerischen Werten und dem ihnen zugeordneten Inhalt betrachtet werden.

259) Hierbei kann nicht weiter geklärt werden, ob der hohe Differenzbetrag auf den Haupt- oder den Nebensatz zu beziehen ist, da er sich aus beiden ergeben hat.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1) Achté, K.A., M.-L. Vauhkonen — Karzinom und Psyche in: Hippokrates, H. 14 1969, S. 535 ff

2) Adam, W. — Zur Frage der Aufklärung Krebskranker in: Med.Welt, H. 23, 1962, S. 1291 ff

3) Aeffner, Hartmann, Reichertz und Wieland — Rundtischgespräch "Die Diagnose" 77. Tagung Nordwestdtsch. Ges. Inn. Med., Hannover 1971

Bei F. Hartmann, Begriff und Funktion der Diganose in: Münch. Med. Wschr., H. 4, 1972 S. 117 ff

4) Aitken-Swan, J., Easson, E.L. — Reactions of Cancer Patients on being told their Diagnosis in: British Medical Journal H. 21, 1959, S. 779 ff

5) Alverdes, F. — Die Theorie der psycho-physischen Äquivalenz (Das Leib-Seele-Problem) in: Stud. Gen., H.7, 1954, S. 21 ff

6) Arbab-Zadeh, A. — Der Arzt in den Ländern der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, Köln/Berlin 1967

7) Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg) — Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie Bd. I, II Reinbe k 1973

8) Argyle, M. — Soziale Interaktion, Köln 1972

9) Auwärter, M., E. Kirsch, K. Schröter (Hrsg) — Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität, Frankfurt/Main 1976

10) Balint, M. — Der Arzt, sein Patient und die Krankheit Frankfurt/Main, 1970

11) Bauer, K.H. — Zur ärztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurges in: Forster, Karl (Hrsg), Würzburg 1963, S. 47 - 66

12) Baumgärtner, K. et al. (Hrsg) — Funk-Kolleg Sprache, eine Einführung in die moderne Linguistik, Bd. I, Frankfurt/Main, 1973

13) Baumgärtner, K., Wagner, K.-H. — Abgrenzung der generativen Transformationsgrammatik vom Strukturalismus in: Funk-Kolleg Sprache Bd. I, hrsg. von: K. Baumgärtner, S. 209 - 217, Frankfurt/Main, 1973

14) Beckmann, D. — "Psychologische Determinanten in der Arzt-Patienten-Beziehung" in: Münch. Med. Wschr., H. 4, 1972, S. 133 ff

15) Beckmann, D. — Funktionale Struktur informeller Rollensysteme in: Psyche, H. 8, 1973, S. 718 ff

16) Beckmann, D. — Arzt-Patient-Beziehung in: Medizinische Psychologie, hrsg. von M. v. Kerekjarto, S. 252 - 291, Berlin, Heidelberg, New York, 1974

17) Berger, P. L. — Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft. Elemente einer soziologischen Theorie Frankfurt/Main, 1973

18) Berger, P. L., Luckmann, T. — Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Stuttgart, 1972, 3. Auflage

19) Bernstein, B. — Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten . Aufsätze 1958 - 1970, Schwarze Reihe Nr. 8, Amsterdam (Verlag de Munter) 1970

20) Blaser, P., Gehring, A. — MMPI, ein programmierter Kurs zur deutschsprachigen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory von S.R. Hathaway und J.C.McKinley, Bern, Stuttgart, Wien, 1972

21) Blohmke, M. Schaefer, H. (Hrsg) — Erfolge und Grenzen der modernen Medizin Frankfurt/Main und Hamburg, 1966

22) Blumer, H. — Der methodologische Standort des symbolische Interaktionismus, S. 80 - 146 in: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. I, Hrsg. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Reinbek b. Hamburg, 1973

23) Bockelmann, P. — Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht in: NJW, H. 21, 1961, S. 945 ff

24) Bockelmann, K. — Strafrecht des Arztes, Stuttgart, 1968

25) Bodamer, J. — Sind wir überhaupt noch Menschen. Anthropologie des technischen Menschen, Freiburg/Basel/Wien, 1967, 2. Auflage

26) Bollnow, O.F. — "Die philosophische Anthropologie und ihre methodischen Prinzipien", S. 19 - 36 in: Philosophische Anthropologie heute, Hrsg. Roman Roček, Oskar Schatz, München 1972

27) Brim, O.G., Wheeler, St. (Hrsg) — Erwachsenen-Sozialisation, Sozialisation nach Abschluß der Kindheit, Stuttgart 1974

28) Büchner, F. — Vom geistigen Standort der modernen Medizin in: Gesammelte Vorträge und Reden zur medizinischen Anthropologie, Freiburg i.Br., 19[illegible]

29) Chomsky, N. — Sprache und Geist, Frankfurt/Main, 1973

30) Cicourel, A. — Generative Semantik und die Struktur der sozialen Interaktion in: Cicourel, Sprache in der sozialen Interaktion, S. 69 - 112, München 1975

31) Cicourel, Aa. — Basisregeln und normative Regeln im Prozeß des Aushandelns von Status und Rolle in: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. I, Hrsg. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, S. 147 - 188, Reinbek, 1973

32) Clyne, M. B. — Die Arzt-Patient-Beziehung in: Internist, H. 13, 1972, S. 409 ff

33) Dahrendorf, R. — Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte Bedeutung und Kritik der sozialen Rolle, Köln Opladen, 1965

34) Daum, K.-W. — Zur Psychologie der Arzt-Patient-Beziehung, Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen, 1975

35) Debes, F. — Ärztliche Schweigepflicht und ärztliche Aufklärungspflicht in der deutschen medizinischen und juristischen Literatur von 1945 - 1966, Inaugural-Dissertation, Marburg 1967

36) Delay, J., Pichot, P. — Medizinische Psychologie. Ein Kompendium. Stuttgart 1971, 3. Aufl.

37) Delius, L., Fahrenberg, J. — Psychovegetative Syndrome, Stuttgart 1966

38) Demling, L., Flügel, H. — Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes? Ergebnis einer Umfrage in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, H. 31, 1975, S. 1587 ff

39) Deneke, J.F.U. — Schweigepflicht und Aufklärungspflicht des Arztes in: Arzt und Christ, H. 1, 1964, S. 69 ff

40) Deutsches Ärzteblatt — hrsg. von: Bundesärztekammer und kassenärztliche Bundesvereinigung. Der informierte Patient spart Kosten. Tagungsbericht über den 1. internationalen Kongreß über Patientenberatung, Heft 27, 1. Juli 1976, S. 1832

41) Dieterich, R. — Psychodiagnostik, München/Basel 1973

42) Dietzfelbinger, M. — Die ärztliche Wahrheitspflicht nach der medizinischen und juristischen Literatur von 1924 - 1969, Inaugural-Dissertation, Marburg 1972

43) Dreitzel, H.P. — Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft, Stuttgart 1968, zit. nach Rittner 1974, S. 109 (120)

44) Eibach, U. — Recht auf Leben - Recht auf Sterben Anthropologische Grundlegung einer medizinischen Ethik, Diss. der Universität Bonn, Wuppertal 1974

45) Engelhardt, K. — Der Patient in seiner Krankheit Stuttgart 1971

46) Engelhardt, K., Wirth, A., Kindermann, L. — Kranke im Krankenhaus, Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin, Stuttgart 1973

47) Engisch, K. — Arzt und Patient in der Sicht des Strafrechts in: Universitas, H. 5, 1965, S. 469 ff

48) Engisch, K. Hallermann, W. — Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlichen und ärztlicher Sicht Köln, Berlin, Bonn, München 1970

49) Enke, H., Enke-Ferchland, E. Malzahn, B., Pohlmeier, H., Speierer, G.-W., J.v.Troschke — Lehrbuch der Medizinischen Psychologie München/Berlin/Wien 1973

50) Entralgo, L.P. — 'Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung' Einführung in die psychosomatische Pathologii Salzburg 1950

51) Erdsiek, G. — Umwelt und Recht in: NJW, H. 18, 1959, S. 807 ff

52) Feigl, H. — Leib - Seele, kein Scheinproblem in: H.-G. und P. Vogler (Hrsg.), Psychologische Anthropologie, S. 3 ff, Stuttgart 1973

53) Ferber, L. von — Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben in: Schriftenreihe: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Bd. 43, Stuttgart 1971

54) Ferber, L. von — Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnisses in: Kölner Zeitschr. für Soziologie und Sozialpsychologie, H. 1, 1975, S. 86 ff

55) Forster, K. (Hrsg) — Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen Würzburg 1963

56) Frankl, V.E., v. Gebsattel, J.H. Schultz (Hrsg.) — Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. V: Grenzgebiete und Grenzfragen München/Berlin 1961

57) Freidson, E. — Client Control and Medical Practice in: American Journal of Sociology, Bd. 65, 1960 S. 374 ff, Nr. 4

58) Fröhlich, W., Koszyk, K. — Die Macht der Signale. Information, Kommunikation und Gesellschaft. Reinbek, 1971

59) Gadamer, H.-G., Vogler, P. (Hrsg.) — Neue Anthropologie, Psychologische Anthropologie, Bd. V, Stuttgart 1973

60) Gallwas, H.U. — Zur Legitimation ärztlichen Handelns in: NJW, H. 25, 1976, S. 1134

61) Gehlen, A. — Die Seele im technischen Zeitalter, Sozialpsychologische Probleme in der industriellen Gesellschaft, Reinbek 1957

62) Gehlen, A. — Anthropologische Forschung, Reinbek 1974, 10 Aufl.

63) Geilen, G. — Rechtsfragen der ärztlichen Aufklärungspflicht in: Mergen, A. (Hrsg.): Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II, S. 11 - 43, München 1971

64) Geißler, A. — Zur Psychologie des Arzt-Patient-Verhältnisses in: Probleme und Ergebnisse der Psychologie, Bd. 12, 1964, S. 31 ff

65) Gerlach, J. — Person und Freiheit aus ärztlicher Sicht in: Arzt und Christ, H. 1, 1967, S. 10 ff

66) Giesen, H., Schrey, H.-H. — Der mündige Christ Stuttgart o.J.

67) Goffmann, E. — Rollendistanz in: Goffmann, E. Interaktion: Spaß am Spiel, Rollendistanz, S. 93 - 171, München 1973

68) Goffmann, E. — Stigma - über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt/Main 1975

69) Gross, E., Stone, G.P. — Verlegenheit und die Analyse der Voraussetzungen des Rollenhandelns in: Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. Hrsg. von M. Auwärter, E. Kirsch, K. Schröter, S. 275 - 306, Frankfurt/Main 1976

70) Goode, W.J. — Eine Theorie des Rollen-Stress in: Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie. Hrsg. von H. Hartmann. S. 336 - 360, Stuttgart 1973, 2. Auflage

71) Guirdham, A. — Krankheit als Schicksal Freiburg/München 1960

72) Gosztonyi, A. — Die Anthropologie Teilhard de Chardins in: Philosophische Anthropologie heute. Hrsg. von Roček, O. Schatz, S. 142 - 163, München 1972

73) Habermas, J. — Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz in: J. Habermas/N. Luhmann: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - Was leistet die Systemforschung?, S. 101 - 141 Frankfurt/Main 1971

74) Habermas, J., Luhmann, N. — Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - Was leistet die Systemforschung? Frankfurt/Main 1971

75) Habermas, J. — Erkenntnis und Interesse Frankfurt/Main, 1973

76) Hagedorn, M. — Die Entbehrlichkeit der Einwilligung und Aufklärung bei Heilbehandlungen nach dem Strafgesetzbuch - Entwurf 1962, Heidelberg 1965

77) Hallermann, W. — Ärztliche Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht in: Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II, hrsg. von A. Mergen, S. 44 - 62, München 1971

78) Hambitzer, M. — Schicksalsbewältigung und Daseinsermöglichung bei Körperbehinderten, Bonn 1962, zit. nach Thomae 1973

79) Hartmann, F. — "Begriff und Funktion der Diagnose" Einfluß moderner ärztlicher Informatik in: Münch. med. Wschr., H. 4, 1972, S. 117 ff

80) Hartmann, H. (Hrsg.) — Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie, Stuttgart 1973, 2. Aufl.

81) Haseloff, O.W. — Kommunikation, Transformation und Interaktion in: Neue Anthropologie, Bd. V, Psychologische Anthropologie. Hrsg. von H.-G. Gadamer und P. Vogler, S. 94 - 137, Stutgart 1973

82) Hassenstein, B. — Das spezifisch Menschliche nach den Resultaten der Verhaltensforschung in: Neue Anthropologie, Biologische Anthropologie Zweiter Teil. Hrsg. von H.-G. Gadamer, P. Vogler, S. 60 - 97, Stuttgart 1972

83) Hathaway, S.R., McKinley, J.C. — The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual, New York 1951

84) Hathaway, S.R., Meehl, P.E. — The Minnesota Multiphasic Personality Inventory in: Die Tests in der klinischen Psychologie. Hrsg. von E. Stern, S. 282 - 313 Zürich 1954

85) Herrlitz, W. — Reduktion der komplexen sprachlichen Kommunikation in: Funk-Kolleg Sprache, Bd. I, S. 74 ff, Frankfurt/Main 1973

86) Hesse, K. — Grundzüge des Verfassungsrechtes der Bundesrepublik Deutschland Karlsruhe 1972, 5. Aufl.

87) Hollmann, A. — Das ärztliche Gespräch mit dem Patienten, Aufklärungs- und Wahrheitspflicht, in: NJW, H. 32, 1973, S. 1393

88) Hund, W.D. — Kommunikation in der Gesellschaft Frankfurt/Main 1972, 2. Aufl.

89) Hundsnurscher, F. — Einfaches Performanzmodell in: Funk-Kolleg Sprache Bd. I., S. 57 ff Frankfurt/Main 1973

90) Jaspers, K. — Einführung in die Philosophie München 1971

91) Jaco, E.G. (Hrsg.) — Patients, Physicians and Illness New York 1958

92) Jacob, W. — Macht und Ohnmacht des Kranken in: Medicus Viator. Fragen und Gedanken am Wege.Richard Siebecks, S. 223 - 239 Stuttgart 1959

93) Jahnke, J. — Interpersonale Wahrnehmung Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1975

94) Johe, E. — Auf Fragen nur dumme Antworten - Der mündige Patient bei Ärzten und Schwestern nicht erwünscht in: Die"Zeit", H. 29, 11. Juli 1975

95) Jores, A. — Die heutige Bedrohung der Gesundheit des Menschen durch den falschen Lebensstil in: Universitas, H. 1, 1964, S. 55 ff

96) Jores, A. I, — "Der Mensch und seine Krankheit". Grundlagen einer anthropologischen Medizin, Stuttgart 1959, 2. Aufl.,

97) Jores, A. II, — Der Tod des Menschen in psychologischer Sicht in: Med. Klinik, H. 7, 1959, S. 237 ff

98) Junghanns, H. — Die Aufklärungspflicht des Arztes in: Die Aufklärungspflicht des Arztes, hrsg. von der Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe, Köln, Berlin 1962

99) Kamper, D. — Gesichte und menschliche Natur. Die Tragweite gegenwärtiger Anthropologie - Kritik, München 1973

100) Kamper, D.(Hersg.) — Sozialisationstheorie. Zur Einführung in das kritische Studium der Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Freiburg 1974

101) Kamper, D. — Die methodologische Wende in der Sozialisationstheorie in: Sozialisationstheorie, hrsg. von Kamper, D., S. 15 - 25, Freiburg 1974

102) Karitzky, B. — Aufklärungspflicht bei Krebs? in: Münch. med. Wschr., H. 106, 1964, S. 348 ff

103) Kaupen-Haas, H. — Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität Stuttgart 1969

104) Keller, W. — Das Problem der Willensfreiheit in: V.E. Frankl, V.E. Freiherr v. Gebsattel, J.H. Schultz (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. V,: Grenzgebiete und Grenzfragen, S. 541 - 588, München/Berlin 1961

105) Kerekjarto, M.v. (Hrsg.) Medizinische Psychologie
Berlin/Heidelberg/New York 1974

106) Klein, H.H. Die Grundrechte im demokratischen Staat
Stuttgart 1974

107) Kleinewefers, H. Die Aufklärungspflicht des Arztes unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in:
Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen, hrsg. von K. Forster, S. 15 - 44,
Würzburg 1963

108) König, R. (Hrsg.) Handbuch der empirischen Sozialforschung
Bd. II, Stuttgart 1969

109) König, R., Tönnesmann M. (Hrsg.) Probleme der Medizinsoziologie in:
Sonderheft 3, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,
Köln/Opladen 1958, 3. Aufl.

110) Koch, U. Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen in:
Psychologie heute, H. 1, 1975, S. 13

111) Kohlhaas, M. Medizin und Recht
München/Berlin/Wien 1969

112) Krappmann, L. Neuere Rollenkonzepte als Erklärungsmöglichkeit für Sozialisationsprozesse in:
Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. Hrsg. von M. Auwärter, E. Kirsch, K. Schröter, S. 307 - 331
Frankfurt/Main 1976

113) Kreuzer, A. Ärztliche Hilfeleistungspflicht in der Sicht des Strafrechts in:
Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II, Hrsg. von A. Mergen, S. 217 - 254,
München 1971

114) Kübler-Ross, E. Interviews mit Sterbenden
Berlin 1972, 3. Aufl.

115) Kütemeyer, W. Medizin in Bewegung (Grundbegriffe, Methode, Kasuistik) in: Medicus Viator,
Fragen und Gedanken am Wege Richard Siebecks, S. 181 - 198, Stuttgart 1959

116) Kütemeyer, W. Die Menschlichkeit der Krankheit in:
Universitas 1967, S. 243 ff

117) Kuhlmann, G.-J. Zur ärztlichen Aufklärungspflicht - ein neuer Versuch zur Lösung des Problems in: NJW, H. 50, 1973, S. 2239

118) Lackner, K., Maassen, H. Strafgesetzbuch (StGB) mit Erläuterungen,
München 1969, 5. Aufl.

119) Laing, Ronald D., Phillipson, H., Lee, A.R. Interpersonelle Wahrnehmung,
Frankfurt/Main 1971

120) Laufs, A. — Die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht und ihre deliktische Rechtsfolge in: NJW, H. 45, 1974, S. 2025

121) Laufs, A. — Fortschritte und Scheidewege im Arztrecht in: NJW, H. 25, 1976, S. 1122

122) Lederer, H.D. — How the sick view their world in: Patients, Physicians and Illness, hrsg. von E.G. Jaco, S. 247 - 256 New York 1958

123) Leibbrand, W. — Gesundheit und Kranksein im abendländischen medizinischen Denken in: Stud. Gen. H. 6, 1953, S. 33 ff

124) Levitt, E.E. — Die Psychologie der Angst Stuttgart 1971

125) Linton, R. — Rolle und Status in: Moderne amerikanische Soziologie. Hrsg. von H. Hartmann, S. 310 - 315 Stuttgart 1973, 2. Aufl.

126) Lipowski, J. (Hrsg.) — Psychosocial Aspects of Physical Illness Basel 1972

127) Lohmann, R. — Der chronisch körperliche Kranke in: Internist, H. 13, 1972, S. 452 ff

128) Lüth, P. — Kritische Medizin Reinbek 1972

129) Mähler, G. — Heilauftrag und ärztliche Aufklärungspflicht in: Münch. med. Wschr., H. 107, 1965 S. 680 ff

130) Maeder, A. — Das Arzt-Patient-Verhältnis in: Universitas, 1955, S. 393 ff

131) Mayntz, R. — Zu einigen Fragen der Beziehung des Arztes zum Patienten in: Hippokrates, H. 19, 1969, S. 769 ff

132) Marquart, O. — Zur Geschichte des philosophischen Begriffs " Anthropologie" seit dem Ende des achtzehnten Jahrhunderts in: O. Marquart, Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie, Aufsätze Frankfurt/Main 1973

133) McKinley, J.C., Hathaway, S.R. — A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota): II. A Differential Study of Hypochondriasis in: Journal of Psychology, H. 10, 1940, S. 255 ff

134) Mead, G.H. — Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus Frankfurt/Main 1973

135) Mechanic, D., Volkart, E.H. — Stress, Illness, Behavier and the Sick Role in: American Sociological Review, H. 1, 1961, S. 51 ff

136) Medicus Viator — Fragen und Gedanken am Wege Richard Siebecks. Eine Festgabe seiner Freunde und Schüler zum 75. Geburtstag, Stuttgart 1959

137) Mergen, A. (Hrsg.) — Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II, München 1971

138) Merton, R.K. — Der Rollen-Set: Probleme der soziologischen Theorie in: Moderne amerikanische Soziologie. Hrsg. von H. Hartmann, S. 316 - 333 Stuttgart 1973, 2. Aufl.

139) Mitscherlich, A. — Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, Bd. II Frankfurt/Main 1969, 3. Aufl.

140) MMPI Saarbrücken — Testheft, bearbeitet von O. Spreen und N.D. Sundberg Bern/Stuttgart/Wien 1970, 4. Aufl.

141) Moeller, M.L. — Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung in: Das Argument 71, H. 1/2, Febr. 1972

142) Morgenthum, H. — Die Aufklärungspflicht des Arztes in: Ärztl. Mitt. H. 13, 1961, S. 723

143) Müller-Osten, W. — Das Berufsbild des Chirurgen in: Rezente, Münch. Med. Wschr., H. 16, 1976, S. 28 ff

144) Narr, H. — Ärztliches Berufsrecht Stuttgart 1973

145) Neumann, G. — Das Problem der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung Stuttgart 1969

146) Norton, J. — Die Behandlung einer sterbenden Patientin in: Psyche, H. 2, 1968, S. 99 ff

147) Nuttin, J. — Das Verhalten des Menschen: Der Mensch in seiner Erscheinungswelt in: Neue Anthropologie, Bd. V, Psychologische Anthropologie. Hrsg. von H.-G. Gadamer und P. Vogler, S. 163 - 196, Stuttgart 1973

148) Oelkers, H. — Die ärztliche Aufklärung über den Befund in: Münch. med. Wschr., 1972, S. 303 ff

149) Palandt, O. — Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, München/Berlin 1966

150) Pannenberg, W. — Was ist der Mensch? Die Anthropologie der Gegenwart im Lichte der Theologie Göttingen 1968, 3. Aufl.

151) Parsons, T. — Struktur und Funktion der modernen Medizin in: Probleme der Medizinsoziologie, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, hrsg. von R. König, M. Tönnesmann, S. 10 -57, Köln/Opladen 1958, 3. Aufl.

152) Perret, W. — Arzthaftpflicht München/Berlin 1956

153) Pflanz, M. — Der Entschluß, zum Arzt zu gehen in: Hippokrates, H. 22, 1964, S. 894 ff

154) Pflanz, M., Pinding, M., Armbrüster, A.K.-W., Török, M. — Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten in: Med. Klin., H. 10, 1966, S. 391 ff

155) Pflanz, M. — Die Zukunftsperspektive in der Medizin - Krankheit und Hoffnung in: Universitas, H. 6, 1968, S. 597 ff

156) Pflanz, M. — Medizinsoziologie in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. II, hrsg. von R. König, S. 1123 - 1156, Stuttgart 1969

157) Polenz, P. von — Idiolektale und soziolektale Funktionen von Sprache in: Leuvense Bijdragen H. 63, 1974, S. 97 ff

158) Portmann, A. — Die Sonderstellung des Menschen im Reich des Lebendigen in: Universitas, H. 4, 1957

159) Portmann, A. — Die Ontogenese des Menschen als Problem der Evolutionsforschung in: Universitas, H. 7, 1967, S. 673 ff

160) Portmann, A. — Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen Basel/Stuttgart 1969, 3. Aufl.

161) Rausch, J. — Der Mensch als Märtyrer und Monstrum Stuttgart 1957

162) Reenpää, Y. — Über das Körper-Seele-Problem in: Psychologische Anthropologie, hrsg. von Gadamer, H.-G. und P. Vogler, S. 14 - 50, Stuttgart 1973

163) Richter, H. E. — "Patient Familie "-Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie - Reinbek 1972

164) Rieger, H.
Der rechtsphilosophische Hintergrund des BGH zur ärztlichen Aufklärungspflicht
in: Ärztliche Mitteilungen, 1964, S. 155 ff

165) Ritter-Röhr, D. (Hrsg.)
Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft
Frankfurt/Main 1975

166) Rittner, V. I.
Rollentheorie
in: Sozialisationstheorie, hrsg. von D. Kamper, S. 109 - 121, Freiburg 1974

167) Rittner, V. II.
Symbolischer Interaktionismus
in: Sozialisationstheorie, hrsg. von D. Kamper, S. 97 - 109, Freiburg 1974

168) Rössler, D.
Krankheit und Geschichte in der anthropologischen Medizin
in: Medicus Viator, S. 166 - 179 Tübingen/Stuttgart 1959

169) Roček, R., Schatz, O. (Hrsg.)
Philosophische Anthropologie heute, München 1972

170) Roemer, H.
Die ärztliche Aufklärungspflicht vom Standpunkt und aus der Erfahrung des Arztes
in: Schriftenreihe der Juristischen Studiengesellschaft Karlsruhe, H. 50/51, 1961

171) Roemer, H.
Die Aufklärungspflicht des Arztes
in: Med. Welt, H. 31, 1962, S. 1601 ff

172) Rogers, C.R., Skinner, B.F.
Strittige Fragen zur Kontrolle menschlichen Verhaltens: Ein Symposium
in: Pädagogische Verhaltensmodifikation. Hrsg. von D.H.Rost, P. Grunow, D. Oechsle S. 23 - 52, Weinheim/Basel 1975

173) Rohde, J.J.
Soziologie des Krankenhauses
Stuttgart 1962

174) Rohde, J.J.
Arzt-Patient-Gesellschaft
in: Arzt und Christ, H. 3-4, 1968 S. 149 ff

175) Rohde, J.J.
Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. Leitgedanken zu einer patientenzentrierten Krankenhaussoziologie
in: Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, hrsg. von Ritter-Röhr, S. 167-210, Frankfurt/Main 1975

176) Rose, A.M.
Systematische Zusammenfassung der Theorie der symbolischen Interaktion
in: Moderne amerikanische Soziologie, hrsg. von H. Hartmann, S. 266 - 282 Stuttgart 1973, 2. Aufl.

177) Rost, D.H., P. Grunow, D. Oechsle (Hrsg.)
Pädagogische Verhaltensmodifikation
Weinheim/Basel 1975

178) Schaefer, H. — Wo steht die Medizin heute? in: Erfolge und Grenzen der modernen Medizin, hrsg. von M. Blohmke und H. Schaefer, S. 9 - 26, Frankfurt/Main + Hamburg 1966

179) Schaefer, H., Blohmke, M. — Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin Stuttgart 1972

180) Scheicher, A. — Praktische Beispiele zur Frage der Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen in: Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen, hrsg. von K. Forster, S. 69-81, Würzburg 1963.

181) Scheicher, A. — Zur Aufklärungspflicht des Arztes in: Münch. med. Wschr., H. 106, 1964, S. 355 ff

182) Scheflen, A. E. — Die Bedeutung der Körperhaltung in Kommunikationssystemen in: Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität, hrsg. von M. Auwärter, E. Kirsch, K. Schröter, S. 221 - 253, Frankfurt/Main 1976

183) Scheler, Max — Die Stellung des Menschen im Kosmos München 1947, Neuaufl.

184) Schelsky, H. — Auf der Suche nach Wirklichkeit, gesammelte Aufsätze Düsseldorf/Köln 1965

185) Schmidt, E. — Empfiehlt es sich , daß der Gesetzgeber die Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt? Gutachten für den 44. Deutschen Juristentag, Tübingen 1962

186) Schneider, F. — Kennen und Erkennen. Ein Lehrbuch der Erkenntnistheorie Bonn 1967, 2. Aufl.

187) Schönke, A., Schröder, H. — Kommentar zum Strafgesetzbuch München/Berlin 1967

188) Schoene, W. — Einige kulturanthropologische Betrachtungen über die Medizin in: Probleme der Medizinsoziologie Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, hrsg. von R. König, M. Tönnesmann, S. 80 - 114, Köln/Opladen 1965

189) Schroeder, E. — Über die Auskunfterteilung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, insbesondere bei Krebserkrankungen in: Münch. med. Wschr., H. 47, 1957, S. 1789 ff

190) Schulten, H. — Der Arzt
Stuttgart 1966, 3. Aufl.

191) Schwalm, G. — Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht aus der Sicht des Juristen
in: Schriftenreihe der Juristischen Studiengesellschaft, Karlsruhe, H. 50/51, 1961, S. 21 ff

192) Selg, H., Bauer, W. — Forschungsmethoden der Psychologie
Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1971

193) Seligman, M. — Todesursache: Selbstaufgabe. Menschen, denen die Kontrolle über ihr Leben genommen wird, geben sich selbst auf
in: Psychologie heute, H. 7, 1976, S. 20 ff

194) Siebeck, R. — Medizin in Bewegung
Stuttgart 1953, 2. Aufl.

195) Siegrist, J. — Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten
in: Zeitschrift für Soziologie, H. 3, 1972, S. 271 ff

196) Siegrist, J. — Lehrbuch der Medizinischen Soziologie
München/Berlin/Wien 1974

197) Siegrist, J. — Sprache und Macht
Unveröffentl. Manuskript o.J.

198) Stern, E. (Hrsg.) — Die Tests in der klinischen Psychologie
Zürich 1954

199) Stern, E. — Lebenskonflikte als Krankheitsursachen. Eine Einführung in die psychosomatische Medizin, in der Reihe Geist und Psyche, München Nr. (2038/2039) o.J.

200) Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe (Hrsg.) — Die Aufklärungspflicht des Arztes
Köln/Berlin 1962

201) Strauch, F.W. — Die Angst in medizinisch-ärztlicher Schau
in: Universitas 1955, S. 1295 ff

202) Strauss, A.L. — Spiegel und Masken - Die Suche nach Identität
Frankfurt/Main 1974

203) Strotzka, H., Grumiller, I. — Krankheit als soziales Phaenomen
in: Internist, H. 13, 1972, S. 403 ff

204) Stryker, S. — Die Theorie des Symbolischen Interaktionismus
in: Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität, hrsg. von M. Auwärter, E. Kirsch, K. Schröter, S. 257 - 274,
Frankfurt/Main 1976

205) Stumpfe, K.-D.
Psychogener Tod und Selbstmord
in: Münch. med. Wschr., H. 12, 1975, S. 473 ff

206) Szasz, T.S., Hollender, M.H.
A Contribution to the Philosophy of Medicine
in: Archives of Internal Medicine, Bd.97, 1956, S. 585 ff

207) Teilhard de Chardin, P.
Der Mensch im Kosmos
München 1959

208) Thielicke, H.
Was ist Wahrheit vor einem Todkranken?
in: Der mündige Christ, hrsg. von H. Giesen, H.H. Schrey, H.J. Schultz, S. 362 - 369, Stuttgart o.J.

209) Thomae, H.
Formen der Daseinsermöglichung
in: Neue Anthropologie, Bd. V Psychologische Anthropologie, hrsg. von H.-G. Gadamer und P. Vogler, S. 317 - 348 Stuttgart 1973

210) Thomas, J.U.
The fallacy of deceptive techniques in the patient with uncurable malignancy
in: Minnesota Medicine, H. 47, 1964, S. 405 ff

211) Thurneysen, E.
Arzt und Seelsorger in der Begegnung mit dem leidenden Menschen
in: Medicus Viator. Fragen und Gedanken am Wege Richard Siebecks, S. 259 - 272, Stuttgart 1959

212) Uexküll, Th. von
Hoffnung und Angst in ihren medizinischen Auswirkungen auf unseren Körper. Erkenntnisse heutiger medizinischer Forschung
in: Universitas, 1964, S. 469 ff

213) Uexküll, Th. von
Grundfragen der psychosomatischen Medizin
Reinbek 1963

214) Uslar, D. von
Ontologische Voraussetzungen der Psychologie
in: Neue Anthropologie, hrsg. von H.-G. Gadamer und P. Vogler, Bd. V, Psychologische Anthropologie, S. 386 - 413 Stuttgart 1973

215) Verweÿen, J.M.
Naturphilosophie
Leipzig 1919, 2. Aufl.

216) Veraguth, O.
Diagnose und Recht
in: Festschrift für H. H. Zangger, I.Teil, Zürich/Leipzig/Stuttgart 1935

217) Volk, G.
Wie weit gilt der kranke Mensch noch als Person in der heutigen ärztlichen Praxis?
in: Arzt und Christ, H. 1, 1964, S. 144 ff

218) Wagner, F.
"Weg und Abweg der Naturwissenschaft" Denk- und Strukturformen, Fortschrittsglaube und Wissenschaftsreligion, München 1970

219) Waidl, E. — Die Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht in: Münch. med. Wschr., H. 103, 1961, S. 1832 ff

220) Waitzkin, H., Stoeckle, J.D. — The Communication of Information about Illness. Clinical, Sociological and Methodological Considerations in: J. Lipowski (ed) Psychosocial Aspects of Physical Illness, S. 180 - 215 Basel 1972, vol. 8

221) Warkentin, B. — Aufklärung der Patienten bei bösartigen Erkrankungen in: Deutsches Ärzteblatt, H. 14, 1973 S. 915 ff und H. 15, S. 995 ff

222) Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. — Menschliche Kommunikation Formen, Störungen, Paradoxien Bern 1972, 3. Aufl.

223) Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. — Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels Bern/Stuttgart/Wien 1974

224) Weimar, W. von — Beck - Rechtsinformation: Arzt (Krankenhaus) und Patient München 1974

225) Weizsäcker, C.F.v. — Das philosophische Problem der Kybernetik. Vortrag 1968 auf der 70. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Hamburg in: C.F. v. Weizsäcker: Die Einheit der Natur, S. 280 - 291, München 1971

226) Weizsäcker, V.v., Wyss, D. — Zwischen Medizin und Philosophie Göttingen 1957

227) Weizsäcker, V.v. — Pathosophie Göttingen 1967, 2. Aufl.

228) Weizsäcker, V.v. — Der Gestaltkreis Frankfurt/Main 1973

229) Wesiack, W. — Das ärztliche Gespräch. Versuch einer Systematik in: Hippokrates, H. 2, 1971, S. 207 ff

230) Wesiack, W. — Wissenschaftstheoretische Überlegung zur ärztlichen Diagnose in: Münch. med. Wschr., H. 48, 1972, S. 2143 ff

231) Wheeler, St. — Die Struktur formal organisierter Sozialisationsanstalten in: O.B.Brim jr., St. Wheeler, Erwachsenen-Sozialisation, S. 63-125, Stuttgart 1974

232) Wiedmann, A. — Einige Gedanken zum ärztlichen Ethos in: Wien.Klin.Wschr., H. 79, 1967, S. 925 ff

233) Wiethölter, R. — Arzt und Patient als Rechtsgenossen in: Die Aufklärungspflicht des Arztes, hrsg. von Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe, S. 71, Köln/Berlin 1962

234) Wind, E. de — Begegnung mit dem Tod in: Psyche, 1968, S. 423 ff

235) Winter, G. — Rechtsstandpunkt "Aufklärung des Krebskranken" in: Münch. med. Wschr., H.48, 1970 S. 2195 ff

236) Wurm, W. — Besprechung von: Laing et al. Interpersonelle Wahrnehmung in: Das Argument, H. 1 - 3, 1973, S. 220 ff

237) Wyrsch, J. — Soll man die Diagnose Krebs dem Patienten bekanntgeben? in: Schweizerische Medizinische Wschr., H. 49, 1962, S. 1577 ff

238) Wyss, D. — Viktor von Weizsäckers Stellung in Philosophie und Anthropologie der Neuzeit in: V.v.Weizsäcker und D. Wyss: Zwischen Medizin und Philosophie Göttingen 1957.

89 b) Hymes, D.H. — Die Ethnografie des Sprechens, S. 338 - 432 in: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. II. hrsg. von Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Reinbek b. Hamburg 1973

156 b) Plügge, H. — Wohlbefinden und Mißbefinden, Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie Tübingen 1962

189 b) Schütze, F. Meinefeld, W. Springer, W. Weymann, A. — Grundlagentheoretische Voraussetzungen methodisch kontrollierten Fremdverstehens, S. 433 - 495, in: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. II, hrsg. von Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Reinbek b. Hamburg 1973

194 b) Siegrist, J. — Das Consensus-Modell, Studien zur Interaktionstheorie und zur kognitiven Sozialisation Stuttgart 1970

A N H A N G

Zeichenerklärung:

D1: Differenzgruppe 1 / Patient (direkte Persp.) - Arzt (direkte Persp.)
D2: Differenzgruppe 2 / Patient (direkte Persp.) - Arzt (Metapersp.)
D3: Differenzgruppe 3 / Arzt (direkte Persp.) - Patient (Metapersp.)

aA: aktive Aufklärungsfunktion
pA: passive Aufklärungsfunktion

Ar: Schaffung eines Aufklärungsrahmens
Mt: Mitteilung und Anleitung
Ek: Erklärung
Ht: Haltung
Ew: Erwartung
Rk: Reaktion

Patienten Nr.: ..... Datum: .....

FRAGEBOGEN FÜR DEN PATIENTEN

ZUR ÄRZTLICHEN AUFKLÄRUNG

Name:_____ Station:_____ Zimmer:_____

Geschlecht:_____ Geburtsdatum:_____ Alter:_____

Beruf mit Berufsausbildung:_____

_____ Familienstand:_____

Zustand vor ( ) nach ( ) Operation

Diagnosen nach Angabe des Patienten:_____

_____

Behandelnder Arzt:_____

Ärztliche Diagnose:_____

Ihnen werden hier Fragen vorgelegt, die Ihr Verhalten und das Vorgehen Ihres Arztes betreffen. Beantworten Sie bitte, ob Sie die vorgelegten Fragen (Aussagen) für zutreffend halten oder nicht.

Ist Ihrer Meinung nach die Aussage absolut richtig, tragen Sie Ihren Haken unter ++ ein.

Ist Ihrer Meinung nach die Aussage zu einem Teil richtig, tragen Sie Ihren Haken unter + ein.

Ist Ihrer Meinung nach die Aussage nur ein wenig unrichtig, tragen Sie Ihren Haken unter - ein.

Ist Ihrer Meinung nach die Aussage absolut unrichtig, tragen Sie Ihren Haken unter -- ein.

Ist Ihrer Meinung nach die Aussage weder richtig noch falsch, tragen Sie Ihren Haken unter O ein.

Beantworten Sie bitte zunächst die beiden mit 'A' gekennzeichneten Fragen: Wie richtig, glauben Sie, sind diese beiden Feststellungen? Beantworten Sie dann die beiden mit 'B' gekennzeichneten Fragen: Wie, glauben Sie, würde Ihr Arzt diese entsprechenden Feststellungen beantworten?

++ + 0 - --

1A) Der Arzt behandelt mich höflich.

2A) Ich behandele den Arzt höflich.

1B) "Ich behandele den Patienten höflich."

2B) "Der Patient behandelt mich höflich."

3A) Der Arzt hat mir gesagt, daß ich operiert werden muß.

4A) Ich sehe ein, daß eine Operation notwendig ist (war).

3B) "Ich habe dem Patienten gesagt, daß er operiert werden muß."

4B) "Der patient sieht ein, daß eine Operation notwendig ist (war)."

5A) Der Arzt sagt mir, was ich zu meiner Gesundung tun muß.

6A) Ich arbeite mit und folge den Verhaltensvorschriften.

5B) "Ich sage dem Patienten, was er zu seiner Gesundung tun muß."

6B) "Der Patient arbeitet mit und folgt den Verhaltensvorschriften."

7A) Der Arzt sagte mir, daß
ich operiert werden muß.

8A) Ich habe (hatte) große
Angst davor.

7B) "Ich sagte dem Patienten,
daß er operiert werden muß."

8B) "Der patient hat (hatte)
große Angst davor."

9A) Der Arzt hat mir gesagt,
ich dürfe aufstehen.

10A) Ich bin gern aufgestan-
den.

9B) "Ich habe dem Patienten ge-
sagt, daß er aufstehen darf."

10B) "Der Patient ist gern aufge-
standen."

11A) Der Arzt sagt mir manches
über meinen Zustand.

12A) Ich bin skeptisch gegenüber
seinen Aussagen.

11B) "Ich sage dem Patienten
manches über seinen Zustand."

12B) "Der Patient ist skeptisch
gegenüber meinen Aussagen."

13A) Der Arzt erklärt mir die
Befunde.

14A) Ich vergesse die Befunde sowieso.

13B) "Ich erkläre dem Patienten die Befunde."

14B) "Der Patient vergißt die Befunde sowieso."

15A) Der Arzt fragt mich nach meinen Beschwerden.

16A) Aus bestimmten Gründen sage ich ihm manche Beschwerden nicht.

15B) "Ich fragte den Patienten nach seinen Beschwerden."

16B) "Aus bestimmten Gründen sagte er mir manche Beschwerden nicht."

17A) Der Arzt zeigt Verständnis für meine Lage.

18A) Es ist mir wichtig, daß ich verständnisvoll behandelt werde.

17B) "Ich zeige Verständnis für die Lage des Patienten."

18B) "Es ist dem Patienten wichtig, daß er verständnisvoll behandelt wird."

19A) Wenn der Arzt mit mir spricht, erleichtert er mir mein Leid.

20A) Ich brauche gerade jetzt ein 'gutes Wort'.

19B) "Wenn ich mit dem Patienten spreche, erleichtere ich ihm sein Leid."

20B) "Der Patient braucht gerade jetzt ein 'gutes Wort'."

21A) Der Arzt hat mir die Diagnose mitgeteilt.

22A) Ich wollte die Diagnose wissen.

21B) "Ich habe dem Patienten die Diagnose mitgeteilt."

22B)"Der Patient wollte die Diagnose wissen."

23A) Der Arzt hat mich durch die Aufklärung über das Operationsrisiko entmutigt.

24A) Ich will über Risiken nicht informiert werden.

23B) "Ich habe den Patienten durch die Aufklärung über das Operationsrisiko entmutigt."

24B) "Der Patient will über Risiken nicht informiert werden!"

25A) Der Arzt sagt mir alles, was ich wissen muß.

26A) Ich frage nicht weiter nach, um ihm keine Zeit zu stehlen.

25B) "Ich sage dem Patienten alles, was er wissen muß."

26B) "Der Patient fragt nicht weiter nach, um mir keine Zeit zu stehlen."

27A) Der Arzt sagt mir wenig über die Befunde.

28A) Ich habe mich darauf eingestellt, die 'Wahrheit' zu hören.

27B) "Ich sage dem Patienten wenig über die Befunde."

28B) "Der Patient hat sich darauf eingestellt, die 'Wahrheit' zu hören."

29A) Der Arzt hat mir die Art der Behandlung mitgeteilt.

30A) Ich will die Art der Behandlung wissen.

29B) "Ich habe dem Patienten die Art der Behandlung mitgeteilt."

30B) "Der Patient will die Art der Behandlung wissen."

31A) Der Arzt hat mir die Operation genau erklärt.

32A) Erklärungen haben mir geholfen, mich auf die Operation einzustellen.

31B) "Ich habe dem Patienten die Operation genau (für den Patienten) erklärt."

32B) "Erklärungen haben dem Patienten geholfen, sich auf die Operation einzustellen."

33A) Der Arzt macht oft unklare Andeutungen über mein Befinden.

34A) Solche Andeutungen verstärken meine Angst.

33B) "Ich mache oft unklare Andeutungen über das Befinden des Patienten."

34B) "Solche Andeutungen verstärken die Angst des Patienten."

35A) Der Arzt hat mir das Operationsrisiko erklärt.

36A) Ich will auch über das Risiko informiert werden.

35B) "Ich habe dem Patienten das Operationsrisiko erklärt."

36B)"Der Patient will auch über das Risiko informiert werden."

37A) Der Arzt hat keine Aussage darüber gemacht, ob meine Erkrankung gutartig oder bösartig ist.

38A) Ich will meine Erkrankung nur richtig wissen, wenn sie gutartig ist.

37B) "Ich habe keine Aussage darüber

gemacht, ob die Erkrankung des Patienten gutartig oder bösartig ist."

38B) "Der Patient will die Erkrankung nur richtig wissen, wenn sie gutartig ist."

39A) Der Arzt hat mir die Notwendigkeit der Untersuchungen deutlich gemacht.

40A) Ich sehe die Notwendigkeit der Untersuchungen ein.

39B) "Ich habe dem Patienten die Notwendigkeit der Untersuchungen deutlich gemacht."

40B) "Der Patient sieht die Notwendigkeit der Untersuchungen ein."

41A) Der Arzt hat mir sowohl meine Krankheit als auch die Notwendigkeit einer Operation in meinem Falle mitgeteilt.

42A) Es hat mich erleichtert, darüber mit meinen Angehörigen zu sprechen.

41B) "Ich habe dem Patienten sowohl seine Krankheit als auch die Notwendigkeit einer Operation in seinem Falle mitgeteilt."

42B) "Es hat den Patienten erleichtert, darüber mit seinen Angehörigen zu sprechen."

43A) Der Arzt unterhält sich mit mir.

44A) Ich habe keine Scheu, meine Meinung vor ihm zu vertreten.

43B) "Ich unterhalte mich mit dem Patienten."

44B) "Der Patient hat keine Scheu, seine Meinung vor mir zu vertreten."

45A) Der Arzt hat mir gesagt, daß es etwas Bösartiges sei.

46A) Dadurch ist mir alle Hoffnung genommen.

45B) "Ich habe dem Patienten gesagt, daß es etwas Bösartiges sei."

46B) "Dadurch wurde dem Patienten alle Hoffnung genommen."

47A) Der Arzt reicht mir bei Visite die Hand.

48A) Es tut mir gut, wenn er mir die Hand reicht (oder reichen würde).

47B) "Ich reiche dem Patienten bei Visite die Hand."

48B) "Es tut dem Patienten gut, wenn ich ihm die Hand reiche (oder reichen würde)."

49A) Der Arzt hat mir noch nicht eingehend über die Befunde berichtet.

50A) Erst, wenn ich wieder gesund bin, will ich mehr wissen.

49B) "Ich habe dem Patienten noch nicht eingehend genug über die Befunde berichtet."

50B) "Erst, wenn der Patient wieder gesund ist, will er mehr wissen."

51A) Der Arzt versteht mich.

52A) Ich verstehe den Arzt.

51B) "Ich verstehe den Patienten."

52B) "Der Patient versteht mich."

53A) Der Arzt redet oft unverständlich.

54A) Ich verstehe besser, wenn eine Schwester (Pfleger) mit mir spricht.

53B) "Ich rede oft unverständlich zu dem Patienten."

54B) "Der Patient versteht besser, wenn eine Schwester (Pfleger) mit ihm spricht."

55A) Der Arzt hat mir gesagt, daß es jetzt besser mit mir steht.

56A) Ich habe gemerkt, daß es jetzt wieder mit mir aufwärts geht.

55B) "Ich habe dem Patienten gesagt, daß es besser mit ihm steht."

56B) "Der Patient hat gemerkt, daß es jetzt wieder mit ihm aufwärts geht."

HÄUFIGKEIT DER PATIENTENANTWORTEN

(Angaben in Prozent. Genaue Formulierung der Items siehe Fragebogen im Anhang.)

AKTIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION - ZUM VERHALTEN DES ARZTES

Schaffung des Aufklärungsrahmens:	+	0	-
1) Höflich behandeln	100		
11) Manches über den Zustand sagen	74		26
15) Nach Beschwerden fragen	94		6
17) Verständnis zeigen	94	4	2
19) Durch Sprechen Erleichterung	82		18
33) Unklare Andeutungen machen	16		84
43) Unterhalten	88	2	10
47) Die Hand reichen	36	20	44
51) Verstehen	92	4	4
53) Unverständlich reden	6		94
Mitteilung und Anleitung:			
3) Sagen, daß operiert werden muß	76		24
5) Sagen, was für Gesundung.....	76		24
7) Sagen, daß operiert werden muß	80		20
9) Sagen, daß aufstehen darf	74		26
21) Diagnose mitteilen	90		10
25) Sagen, was d. Pat. wissen muß	82	2	16
37) Keine Aussage über Bösartigkeit oder Gutartigkeit	80		20
41) Krankheit und Operation mitgeteilt	74		24
45) Sagen, daß es bösartig sei	2		98
55) Sagen, daß es besser geht	56	2	42
Erklärung:			
13) Befunde erklären	84		16
23) Durch Aufklärung entmutigen	6		94
29) Art der Behandlung mitteilen	88	2	10
31) Operation erklären	44	4	52
35) Operationsrisiko erklären	28		72
39) Untersuchungen deutlich machen	76		24
27) Wenig über Befunde sagen	20		80

	+	0	-
49) Bisher nicht eingehend über Befunde berichtet	38		62

PASSIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION - ZUM PATIENTENVERHALTEN

Haltung:

2) Höflich behandeln	100		
4) Notwendigkeit einer Operation einsehen	78	2	20
6) Mitarbeiten	96		4
16) Beschwerden verschweigen	8		92
26) Nicht nachfragen wollen	40		60
40) Notwendigkeit von Untersuchungen einsehen	94		6
44) Keine Scheu, die Meinung zu sagen	96	2	2
52) Verstehen	94	2	4

Erwartung:

18) Verständnis wollen	100		
20) Ein 'gutes Wort' brauchen	56	2	42
22) Diagnose wissen wollen	100		
24) Risiken nicht wissen wollen	22	4	74
28) Die 'Wahrheit' hören wollen	98	2	
30) Die Art der Behandlung wissen wollen	100		
36) Risiko wissen wollen	76		24
38) Diagnose nur bei Gutartigkeit richtig wissen wollen	8	2	90
50) Erst nach Gesundung mehr wissen wollen	28		72

Reaktion:

8) Vor Operation Angst haben	50		50
10) Gern aufstehen	74		26
12) Skeptisch sein	10	4	86
14) Das meiste vergessen	44		56

Reaktion:	+	0	-
32) Erklärungen helfen zur Einstellung auf Operation	50	2	48
34) Unklare Andeutungen verstärken Angst	12		88
42) Durch Reden mit Angehörigen Erleichterung	48		52
46) Rede von Bösartigkeit - dadurch wurde Hoffnung genommen			100
48) Handreichen tut gut	50	6	44
54) Besseres Verstehen, wenn Schwester spricht	8		92
56) Merken, daß es aufwärts geht	68	2	30

Bei der Interpretation dieser vorläufigen Daten muß berücksichtigt werden, daß die Items paarig angeordnet waren und von daher voneinander abhängen. Das Item der passiven Aufklärungsfunktion hängt dabei von dem der aktiven Aufklärungsfunktion ab, wobei sie sich auf bestimmte Aufklärungsereignisse beziehen, die nicht immer schon eingetreten sein müssen. Ziel der Befragung war es ja, Unterschiede zwischen Arzt und Patient bei einem bestimmten Aufklärungsstand auszumachen.

HÄUFIGKEIT DER ARZTANTWORTEN

(Angaben in Prozent. Formulierung der Items siehe Fragebogen im Anhang.)

AKTIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION - ZUM VERHALTEN DES ARZTES

Schaffung des Aufklärungsrahmens:

Item Nr.	+	0	-
1	96		4
11	94		6
15	100		
17	100		
19	70	12	18
33	4	6	90
43	98		2
47	38	18	44
51	98		2
53	2	2	96

Mitteilung und Anleitung:

Item Nr.	+	0	-
3	74		26
5	96	2	2
7	86		14
9	90		10
21	88		12
25	100		
37	81		18
41	76		24
45	4		96
55	66		34

Erklärung:

Item Nr.	+	0	-
13	98		2
23	8		92
29	92	4	4
31	54		46
35	52	2	46
39	98		2
27	8		92
49	22		78

PASSIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION - ZUM PATIENTENVERHALTEN

Haltung:

Item Nr.	+	0	-
2	96		4
4	80		20
6	88	6	6
16	6	2	92
26	20	2	78
40	94	2	4
44	90	2	8
52	96		4

Erwartung:

Item Nr.	+	0	-
18	100		
20	48	6	46
22	86	4	10
24	12	10	78
28	84	4	12
30	96	2	2
36	64	2	34
38	24	6	70
50	6		94

MITTELWERTE FÜR DIE DIFFERENZRATEN JEDES ITEMS

AKTIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION - ZUM VERHALTEN DES ARZTES

Schaffung des Aufklärungsrahmens:

Item Nr.	D1	D2	D3
1	0,14	0,08	0,14
11	1,12	1,12	1,04
15	0,22	0,22	0,16
17	0,16	0,30	0,06
19	1,22	1,24	1,22
33	0,80	0,80	0,80
43	0,56	0,54	0,52
47	1,10	1,14	1,10
51	0,38	0,34	0,18
53	0,32	0,42	0,24

Mitteilung und Anleitung:

Item Nr.	D1	D2	D3
3	0,26	0,26	0,26
5	1,08	1,08	0,84
7	0,08	0,08	0,12
9	0,52	0,52	0,52

Mitteilung und Anleitung:

Item Nr.	D1	D2	D3
21	0,54	0,40	0,54
25	0,68	0,66	0,62
37	0,40	0,48	0,32
41	0,40	0,40	0,40
45	0,16	0,16	0,16
55	0,62	0,60	0,62

Reaktion:

Item Nr.	+	0	-
8	40	2	58
10	86	4	10
12	26	2	72
14	24	2	74
32	62		38
34	4	4	92
42	48	16	36
46	2		98
48	58	6	36
54	2	4	94
56	74		26

Erklärung:

Item Nr.	D1	D2	D3
13	0,60	0,60	0,38
23	0,56	0,68	0,64
27	0,88	1,22	0,80
29	0,42	0,42	0,38
31	1,26	1,46	1,28
35	1,36	1,32	1,36
39	1,08	1,12	1,08
49	1,62	1,54	1,58

PASSIVE AUFKLÄRUNGSFUNKTION - ZUM PATIENTENVERHALTEN

Haltung:

Item Nr.	D1	D2	D3
2	0,12	0,08	0,12
4	0,04	0,12	0,00
6	0,28	0,18	0,32
16	0,60	0,64	0,44
26	1,26	1,26	1,26
40	0,42	0,40	0,36
44	0,44	0,36	0,44
52	0,30	0,36	0,22

Erwartung:

Item Nr.	D1	D2	D3
18	0,02	0,04	0,02
20	1,74	1,78	1,78
22	0,44	0,30	0,44
24	1,24	1,28	1,00
28	0,73	0,52	0,86
30	0,10	0,10	0,10
36	1,20	1,06	1,20
38	1,18	0,90	1,10
50	1,20	1,28	1,12

Reaktion:

Item Nr.	D1	D2	D3
8	1,60	1,50	1,90
10	0,70	0,74	0,70
12	1,04	1,04	0,96
14	1,46	1,52	1,58
32	1,10	1,12	1,10
34	0,58	0,58	0,50
42	1,38	1,30	1,44
46	0,00	0,00	0,00
48	1,02	0,9	0,94
54	0,48	0,52	0,40
56	0,38	0,38	0,38

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Ar - D2/Ar - D3/Ar

X	6.0200
V=	24.4281
S=	4.9424
X	6.2000
V=	23.8775
S=	4.8864
X	5.4600
V=	17.8453
S=	4.2243
X..	5.8933

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	14.8933	2	7.4466	.3377
IN. GR.	3241.4000	147	22.0503	
SUMME	3256.2933	149		

F(2, 147)= 3.00

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Mt - D2/Mt - D3/Mt

X	4.7400
V=	31.2575
S=	5.5908
X	4.6400
V=	30.8881
S=	5.5577
X	4.4000
V=	30.3673
S=	5.5106
X..	4.5933

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	3.0533	2	1.5266	.0495
IN. GR.	4533.1400	147	30.8376	
SUMME	4536.1933	149		

F(2, 147)= 3.00

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Ek - D2/Ek - D3/Ek

X	9.7100
V=	59.7917
S=	7.7325
X	10.4500
V=	49.8214
S=	7.0584
X	9.2750
V=	47.3271
S=	6.8794
X..	9.8116

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	35.2908	2	17.6454	.3373
IN. GR.	7690.0762	147	52.3134	
SUMME	7725.3670	149		

F(2, 147)= 3.00

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Ht - D2/Ht -D3/Ht

X	4.3250
V=	22.9088
S=	4.7863
X	4.2500
V=	20.7908
S=	4.5596
X	3.9500
V=	17.2423
S=	4.1523
X..	4.1750

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	3.9375	2	1.9687	.0969
IN. GR.	2986.1562	147	20.3139	
SUMME	2990.0937	149		

F(2, 147)= 3.00

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Ew - D2/Ew - D3/Ew

X	8.7770
V=	41.0305
S=	6.4055

X	8.1102
V=	32.8156
S=	5.7284

X	8.4662
V=	39.7548
S=	6.3051
X..	8.4511

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	11.1325	2	5.5662	.1469
IN. GR.	5566.4501	147	37.8670	
SUMME	5577.5827	149		

F(2, 147)= 3.00

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Rk - D2/Rk - D3/Rk

X	8.8718
V=	23.8625
S=	4.8849

X	8.7260
V=	25.4317
S=	5.0429

X	8.9988
V=	23.8255
S=	4.8811
X..	8.8655

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	1.8634	2	.9317	.0382
IN. GR.	3582.8726	147	24.3732	
SUMME	3584.7361	149		

F(2, 147)= 3.00

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/aA - D1/pA

X	6.8283
V=	42.5705
S=	6.5246

X	7.3246
V=	33.4037
S=	5.7795
X..	7.0764

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	18.4710	1	18.4710	.4862
IN. GR.	11320.1754	298	37.9871	
SUMME	11338.6464	299		

F(1, 298)= 3.84

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Ar - D1/Mt - D1/Ek

X	6.0200
V=	24.4281
S=	4.9424

X	4.7400
V=	31.2575
S=	5.5908

X	9.7150
V=	59.5459
S=	7.7166
X..	6.8250

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	667.3675	2	333.6837	8.6872
IN. GR.	5646.3512	147	38.4105	
SUMME	6313.7187	149		

F(2, 147)= 3.00

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE	DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1 - 2	1.2800	3.0362	
1 - 3	3.6950	3.0362	*
2 - 3	4.9750	3.0362	*

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D1/Ht - D1/Ew - D1/Rk

X	4.3250
V=	22.9088
S=	4.7863

X	8.7770
V=	41.0305
S=	6.4055

X	8.8718
V=	23.8625
S=	4.8849
X..	7.3246

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	675.0446	2	337.5223	11.5324
IN. GR.	4302.2912	147	29.2672	
SUMME	4977.3359	149		

F(2, 147)= 3.00

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE			DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1	-	2	4.4520	2.6503	*
1	-	3	4.5468	2.6503	*
2	-	3	.0948	2.6503	

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D2/Ar - D2/Mt - D2/Ek

X	6.2000
V=	23.8775
S=	4.8864

X	4.6400
V=	30.8881
S=	5.5577

X	10.4500
V=	49.9846
S=	7.0699
X..	7.0966

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	904.2033	2	452.1016	12.9479
IN. GR.	5132.7700	147	34.9168	
SUMME	6036.9733	149		

F(2, 147)= 3.00

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE			DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1	-	2	1.5600	2.8948	
1	-	3	4.2500	2.8948	*
2	-	3	5.8100	2.8948	*

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D2/Ht - D2/Ew - D2/Rk

X	4.2500
V=	20.7908
S=	4.5596

X	8.1102
V=	32.8156
S=	5.7284

X	8.7260
V=	25.4317
S=	5.0429
X..	7.0287

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	588.5821	2	294.2910	11.1702
IN. GR.	3872.8748	147	26.3460	
SUMME	4461.4570	149		

F(2, 147)= 3.00

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE			DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1	-	2	3.8602	2.5145	*
1	-	3	4.4760	2.5145	*
2	-	3	.6158	2.5145	

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D3/Ar - D3/Mt - D3/Ek

X	5.4600
V=	17.8453
S=	4.2243

X	4.4000
V=	30.3673
S=	5.5106

X	9.2700
V=	47.2062
S=	6.8706
X..	6.3766

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	655.9433	2	327.9716	10.3115
IN. GR.	4675.5250	147	31.8062	
SUMME	5331.4683	149		

F(2, 147)= 3.00

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE			DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1	-	2	1.0600	2.7628	
1	-	3	3.8100	2.7628	*
2	-	3	4.8700	2.7628	*

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

D3/Ht - D3/Ew - D3/Rk

X	3.9500
V=	17.2423
S=	4.1523
X	8.4662
V=	39.7534
S=	6.3050
X	8.9988
V=	23.8255
S=	4.8811
X..	7.1383

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	769.5017	2	384.7508	14.2815
IN. GR.	3960.2463	147	26.9404	
SUMME	4729.7480	149		

F(2, 147)= 3.00

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE	DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1 - 2	4.5162	2.5427	*
1 - 3	5.0488	2.5427	*
2 - 3	.5326	2.5427	

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

Vor Operation/D1/aA - Nach Operation/D1/aA

X	6.4365
V=	38.6571
S=	6.2174
X	7.1034
V=	45.2449
S=	6.7264
X.	6.8233

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	16.2533	1	16.2533	.3825
IN. GR.	6287.8149	148	42.4852	
SUMME	6304.0683	149		

F(1, 148)= 3.84

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

Vor Operation/D1/pA - Nach Operation/D1/pA

X	7.1077
V=	28.5278
S=	5.3411
X	7.4816
V=	37.2500
S=	6.1032
X.	7.3246

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	5.1064	1	5.1064	.1519
IN. GR.	4972.2294	148	33.5961	
SUMME	4977.3359	149		

F(1, 148)= 3.84

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

Vor Operation/D3/aA - Nach Operation/D3/aA

X	6.2738
V=	34.5901
S=	5.8813
X	6.4540
V=	37.1286
S=	6.0933
X.	6.3783

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	1.1867	1	1.1867	.0329
IN. GR.	5337.6553	148	36.0652	
SUMME	5338.8420	149		

F(1, 148)= 3.84

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

Vor Operation/D2/pA - Nach Operation/D2/pA

X	6.7295
V=	24.9938
S=	4.9993
X	7.2460
V=	33.7366
S=	5.8083
X..	7.0291

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	9.7504	1	9.7504	.3242
IN. GR.	4450.9759	148	30.0741	
SUMME	4460.7263	149		

F(1, 148)= 3.84

KEINE SIGNIFIKANZEN ZU ERWARTEN

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

Betonung körperl.Leiden/D1/aA - Keine Betonung körperl. Leiden/D1/aA

X	9.4120
V=	39.4107
S=	6.2777
X	5.3697
V=	38.5289
S=	6.2071
X..	6.8250

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	564.7016	1	564.7016	14.5374
IN. GR.	5749.0170	148	38.8447	
SUMME	6313.7187	149		

F(1, 148)= 3.84

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE	DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1 - 2	4.0422	.0000	*

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST

Betonung körperl.Leiden/D1/pA - Keine Betonung körperl. Leiden/D1/pA

X	10.0316
V=	42.6251
S=	6.5287
X	5.8018
V=	22.1040
S=	4.7014
X..	7.3246

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	618.3177	1	618.3177	20.9934
IN. GR.	4359.0182	148	29.4528	
SUMME	4977.3359	149		

F(1, 148)= 3.84

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE	DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1 - 2	4.2297	1.8090	*

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST
Betonung körperl.Leiden/D3/aA - Keine Betonung körperl.
Leiden/D3/aA

X 8.7962
V= 33.8515
S= 5.8182
X 5.0182
V= 32.1200
S= 5.6674
X.. 6.3783

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	493.3022	1	493.3022	15.0672
IN. GR.	4845.5398	148	32.7401	
SUMME	5338.8420	149		

F(1, 148)= 3.84

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE	DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1 - 2	3.7780	1.9072	*

EINFACHE VARIANZANALYSE MIT SCHEFFE-TEST
Betonung körperl.Leiden/D2/pA - Keine Betonung körperl.
Leiden/D2/pA

X 9.0744
V= 34.5569
S= 5.8785
X 5.8780
V= 23.9667
S= 4.8955
X.. 7.0287

	SAQ	F	MAQ	F-WERT
ZW. GR.	353.1038	1	353.1038	12.7202
IN. GR.	4108.3532	148	27.7591	
SUMME	4461.4570	149		

F(1, 148)= 3.84

MULTIPLE VERGLEICHE

MITTELWERTSVERGLEICHE	DIFFERENZ	KONFIDENZINTERVALL	SIGNIFIKANZ
1 - 2	3.1964	1.7562	*

KK K OOOOOOOO RRRRRRR JJJJJJJJ
KK K OO O RR R JJ
KK K OO O RR R JJ
KKKKK OO O RRRRRR JJ
KK K OO O RR R JJ JJ
KK K OO O RR R JJ JJ
KK K OOOOOOOO RR R JJJJJ

K O R R E L A T I O N S P R O G R A M M K O R J

Korrelationen zwischen den Dimensionen der Aufklärungsfunktionen

INDEPENDENT, DEPENDENT-VARIA, ADJUST-VARIA, ALPHA

VARIABLEN = 20
VERSUCHSPERSONEN = 50
FORMATVARIATE = 1
MISSING DATA = 0
STANZEN OUT = 0

KORRELATIONEN

* = IRRTUMSWAHRSCHEINLICHKEIT < 0.05
** = IRRTUMSWAHRSCHEINLICHKEIT < 0.01
(ZWEISEITIGER TEST)

DIE DATEN SIND IN FOLGENDEM FORMAT EINZULESEN

(20F3.0,/)

M I T T E L W E R T E

I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I
I	8.7870E+03	5.0230E+00	4.7[illegible]E+00	9.7350E+00	4.3250E+00	8.7770E+00	8.9718E+00	6.2000E+00	4.6400E+00	1.0457E+01	I
I	4.2530E+00	8.1102E+00	8.7260E+00	5.4600E+00	4.4030E+00	9.2750E+00	3.9500E+00	8.4662E+00	8.9985E+00	6.8429E+01	I
I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I

[illegible] DE[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

V A R I A N Z E N

I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I
I	2.8594E+00	2.3940E+01	1.1630E+01	5.8706E+01	2.2451E+01	4.0210E+01	2.3780E+01	2.3400E+ 1	1.0270E+01	4.8085E+1	I
I	2.0175E+01	7.2150E+01	2.4927E+01	1.7488E+01	2.0760E+01	4.6781E+01	1.6897E+01	3.8060E+01	2.3840E+01	1.6076E+2	I
I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I

[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [

		HS-Skala 1	D1/Ar 2	M+ 3	Ek 4	D1/M+ 5	Ew 6	Rk 7	D2/Ar 8	M+ 9	Ek 10	
	1	1.0000										1
D1	2	0.7829**	1.0000									2
	3	0.7514*	0.4067**	1.0000								3
	4	0.7374*	0.3376*	0.5177**	1.0000							4
	5	0.7090*	0.3609*	0.5186**	0.7000*	1.0000						5
	6	0.4256**	-0.0622	0.1745	0.1771	0.1092	1.0000					6
	7	0.7022	0.5088**	0.2021*	0.3305*	0.2704	-0.0213	1.0000				7
D2	8	0.7993**	0.9775**	0.4083**	0.7360*	0.7113*	-0.0471	0.6749**	1.0000			8
	9	0.7471	0.7690**	0.9782**	0.5112**	0.5018**	0.1001	0.3026*	0.7687**	1.0000		9
	10	0.7770*	0.4013**	0.4290**	0.9770**	0.1540	0.3255	0.7850**	0.4701**	0.4152**	1.0000	10
	11	0.7101*	0.4229**	0.8556**	0.7546*	0.6937**	0.0581	0.2758	0.3870**	0.5468**	0.2016	11
	12	0.7708	-0.0820	0.1670	0.1851	0.1913	0.9011**	-0.0063	-0.0786	0.1706	-0.0024	12
	13	0.1482	0.4476**	0.1584	0.3028*	0.1944	-0.0819	0.9475**	0.4713**	0.1885	0.3813**	13
D3	14	0.7704**	0.9637**	0.3743*	0.7074*	0.7457*	-0.0148	0.6679**	0.9367**	0.2949*	0.7376*	14
	15	0.7697	0.7729**	0.9650**	0.4602**	0.5424**	0.1541	0.7522	0.7662*	0.9613**	0.3200*	15
	16	0.7263*	0.3321*	0.4491**	0.9716**	0.3199*	0.2127	0.7541*	0.3317*	0.4597**	0.9559**	16
	17	0.7099*	0.3017*	0.3002**	0.2706	0.9359**	0.1499	0.2470	0.2771	0.3684**	0.1011	17
	18	0.7699**	-0.0630	0.1428	0.1613	0.0582	0.9787**	-0.0473	-0.0531	0.0796	-0.0014	18
	19	0.7233	0.5[illegible]7**	0.2037*	0.4095**	0.2476	0.0134	0.9172**	0.5[illegible]44*	0.2994*	0.4220**	19
	20	0.0190	-0.0735	-0.7161	0.1451	-0.3268*	0.1992	0.0913	-0.[illegible]140	-0.2568	0.1746	20
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	O2/Ht	Ew	Rk	D3/Ac	Mt	Ek	D3/Ht	Ew	Rk		
1											1
2											2
3											3
4											4
5											5
6											6
7											7
8											8
9											9
10											10
11	1.0000										11
12	0.1270	1.0000									12
13	0.1068	-0.0640	1.0000								13
14	0.7414*	-0.0120	0.4742**	1.0000							14
15	0.2766**	0.1011	0.1215	0.3140*	1.0000						15
16	0.7613*	0.1982	0.7765*	0.2876*	0.4010**	1.0000					16
17	0.0274**	0.2151	0.1765	0.3559*	0.4616**	0.2657	1.0000				17
18	0.1134	0.0436**	-0.0251	-0.0005	0.1459	0.2145	0.0085	1.0000			18
19	0.2731	0.0307	0.0138**	0.4460**	0.2614	0.4104**	0.2337	0.1304	1.0000		19
20	-0.7094*	0.0640	0.0277	-0.0728*	-0.3144*	0.1261	-0.2072	0.1796	0.1217	1.0000	20
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

SPSS

Am Ende dieser Arbeit gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. med. H.-J. Streicher für die Überlassung des Themas, für das konstante Interesse am Fortgang der Arbeit sowie für die bereitwillige Hilfe bei der Durchführung der Untersuchungen.

Den Herren H.-J. Friedrich und W. Skuggina von der Universität Gießen danke ich für die Hilfe bei der Ausarbeitung der Statistik.

Schließlich gilt mein Dank auch Herrn Prof. Dr. J. Siegrist für sein Interesse und die anregenden Gespräche.

LEBENSLAUF

Am 29. Januar 1949 wurde ich, Eberhard Höfer, als Sohn des Kulturbauingenieurs Hermann Höfer und seiner Ehefrau Ruth, geb. Hasse, in Zeppenfeld, Kreis Siegen, geboren.

Ab 1955 besuchte ich die Freie Waldorfschule in Kassel, von wo ich 1958, unter Zurückstellung um ein Jahr, zu einer staatlichen Grundschule überwechselte. Anschließend, von 1960 an, besuchte ich die Wilhelmschule in Kassel (Gymnasium für Jungen). Dort belegte ich in der 11. Klasse den mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig und legte 1968 die Reifeprüfung ab.

Im Wintersemester 1968/69 begann ich mit dem Studium der Physik an der Philipps-Universität in Marburg, wechselte dann aber im Sommersemester 1969 zum Studium der Medizin über, unter Anrechnung des ersten Semesters als Fachsemester. 1969 legte ich die Naturwissenschaftliche Vorprüfung, 1971 die Ärztliche Vorprüfung ab. Zwei Semester lang war ich während meines Studiums als Tutor in Medizinischer Psychologie tätig. Ende 1974 unterzog ich mich der Ärztlichen Prüfung.

Am 31.5.1974 heiratete ich Frl. cand. päd. Margret Ermert.

Als Medizinalassistent arbeitete ich ab Januar 1975 an der Universitätsklinik Gießen. An 4 Monate Kinderklinik und 6 Monate Chirurgie schlossen sich 4 Monate Innere Medizin an. Nach der Medizinalassistentenzeit übernahm ich eine Praxisvertretung und gab Unterricht für medizinisches Pflegepersonal.

Seit dem 15. Oktober 1976 arbeite ich am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Hildesheim als Assistenzarzt.

Meine akademischen Lehrer waren in Marburg die Damen und Herren Professoren und Dozenten:

Amon, Arndt, Aurich, Berendes, Bode, Bommer, Braasch, Brück, Buchholz, Daume, Denicke, Dimroth, Dittrich, Dölle, Engelhardt, Eißner, Exner, Friedrich, Ganz, Gerdes, Goebell, Golenhofen, Graul, Haberich, Hamelmann, Hardewig, Havemann, Heene, Hensel, Hess, Hildebrandt, Hilgermann, Hort, Jacob, Karlson, Keil, Klaus, Koransky, Korb, Kühnel, Kuni, Linneweh, Mann, Mannheim, Maroske, Martine, Massarat, Nöth, Oepen, Petry, Pots, Reim, Riecken, Rohen, Rodeck, Schmidt, Schmitz-Moormann, Scriba, Siegert, Siegrist, Sekeris, Solcher, Straub, Streicher, Stutte, Uhlarik, Walcher, Wehrmeyer, Wendt, Wesemann, Willenbockel.